

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ**

На правах рукописи
УДК: 616.716-002-085-089

ДЖАВБУРИЕВ УКТАМ БАХРОМОВИЧ

**Прогнозирование эффективности лечение гнойно-
воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области**

5А 510401 – Стоматология (Челюстно-лицевая хирургия)

Диссертация

на соискание степени магистра

академических наук

Научный руководитель:

к.м.н. Махмудов А.А.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список условных сокращений	5
Введение	6
Глава 1. Обзор литературы	
1.1. Характеристика современных методов лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области	9
1.2. Механизмы развития воспалительных заболеваний ЧЛЮ у больных СД.	20
Глава 2. Материалы и методы исследования	
2.1 Общая характеристика клинического материала.....	27
2.2 Характеристика проводимых методов лечения.....	31
2.3 Методики обследования больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.....	34
2.4 Изучение микрофлоры привоспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.....	36
2.5 Определение классов и количества иммуноглобулинов в слюне	39
2.6 Статистическая обработка полученного материала.....	40
Глава 3. Результаты исследования	
3.1 Динамика клинико-лабораторных изменений у больных с воспалительными заболеваниями ЧЛЮ ...	41
3.2 Результаты бактериологических исследований	51
3.3 Результаты исследования состояния местного иммунитета	66
Заключение .	68
Выводы ..	75
Практические рекомендации	76

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ЧЛО- челюстно-лицевой области

ГБО- гипербарическая оксигенация

ТНС- транспортно-накопительная среда

АКА- анаэробно-кровяной агар

ПА- протеолитическая активность.

ГВЗ– гнойно-воспалительные заболевания

ГВЗ ЧЛО– гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой

СД-сахарный диабет

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы: Число воспалительных процессов челюстно-лицевой области на сегодняшний день, к сожалению, еще не имеет тенденции к снижению. Об этом свидетельствует высокая частота заболеваемости ЧЛО – 30-50% коечного фонда стоматологических клиник заняты этими больными. Среди гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в стоматологических стационарах 41-46% составляют одонтогенные флегмоны. Как показывает анализ литературы последних лет, особенно часто стали встречаться флегмоны, охватывающие несколько анатомических клетчаточных пространств лица и шеи, осложняющиеся сепсисом, медиастинитом, тромбозом лицевых вен и черепно-мозговых синусов, абсцессом головного мозга, септическим шоком и т.д. [1,3,13,84]

При тяжёлом течении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области сопровождаются значительными явлениями интоксикации организма больного. [2,5]

В последние годы анаэробная инфекция вновь привлекла внимание не только хирургов, а также привлекла внимание челюстно-лицевых хирургов в связи с увеличившейся частотой, тяжестью течения и трудностями лечения больных с гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Более того, отмечена тенденция к увеличению числа случаев распространением процесса в несколько клетчаточных пространств и не поддающихся общепринятым лечебным мероприятиям. [8]

Больные СД уязвимы для быстрого прогрессирования инфекции ЧЛО и ее последующих осложнений. Клиническая картина гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО у больных СД характеризуется длительным и вялым течением, вовлечением в процесс других клетчаточных пространств и частым развитием осложнений. Таким образом, течение гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО при СД своеобразно и нетипично, часто приводит к развитию грозных осложнений

и даже летальному исходу. Эффективное лечение очагов воспаления в ЧЛО на фоне декомпенсации СД практически невозможно. Особое внимание должно быть уделено изучению этиопатогенетических механизмов развития заболеваний ЧЛО у больных СД с разработкой новых лечебных алгоритмов. Отсюда следует, что только тесное сотрудничество двух специалистов – стоматолога и эндокринолога поможет сохранить здоровье и продлить жизнь больному.

Цель исследования- Оценка эффективности лечение воспалительных заболеваний ЧЛО с учетом сопутствующих заболеваний больных.

Задачи исследования :

1. Изучить динамику клинической симптоматики и лабораторных показателей у больных без сопутствующей патологии с воспалительными заболеваниями ЧЛО при традиционном лечении.

2. Изучить динамику клинической симптоматики и лабораторных показателей у больных страдающих от сахарного диабета с воспалительными заболеваниями ЧЛО при традиционном лечении.

3. Изучить динамику клинической симптоматики и лабораторных показателей у беременных с воспалительными заболеваниями ЧЛО при традиционном лечении.

4. Провести сравнительную оценку полученных клинических и лабораторных данных

5. Обосновать целесообразность лечение воспалительных заболеваний ЧЛО с учетом сопутствующей патологии больных.

Научная новизна .Впервые дана комплексная оценка на эффективность лечения больных воспалительных заболеваний ЧЛО с учетом сопутствующих заболеваний.

Разработано и апробировано в клинических условиях диагностики и прогноз течения, острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области с учетом сопутствующих заболеваний.

Практическая ценность работы. Практическая ценность работы заключается в обосновании эффективности комплексного лечения больных с одонтогенной

флегмоной челюстно-лицевой области при сопутствующий соматической патологии.

На основании результатов комплекса проведенных исследований разработана клиническая характеристика течения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у больных с сопутствующий соматической патологии., выделены наиболее значимые показатели. Это позволяет осуществлять раннюю диагностику с целью назначения адекватного этиопатогенетического лечения, а также прогнозировать возможные осложнения и осуществлять их профилактику.

Проведенные клиничко-лабораторные, бактериологические обследования с гнойно-воспалительными процессами ЧЛО углубляет представление о патогенезе и клиническом течении .

ГЛАВА 1. Обзор литературы.

1.1 Характеристика современных методов лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Современное развитие науки позволило разработать и внедрить в диагностическую практику совершенные, информативные и достоверные методы исследования, позволяющие по новому оценить этиологию и патогенез воспаления, уточнить некоторые неясные до недавнего времени этиопатогенетические механизмы. [6,26]

Проблема совершенствования диагностики и лечения воспалительных заболеваний челюстно–лицевой области является одной из наиболее актуальных в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Гнойно-воспалительные заболевания по этиологии является инфекционно-воспалительным процессом ,т.е. причиной развития является микроорганизмы. Поэтому общей задачей при лечении больных с гнойно-воспалительными процессами включает комплекс мероприятий направленных воздействию как на организм больного , так и на возбудителей. [11,79,92]

Механизмы возникновения, развития и течения воспалительных заболеваний, различных их форм и типов реактивности организма неразрывно связаны. Комплексный подход к диагностике, прогнозированию и лечению данной патологии на современном этапе требует учета количества и таксономических характеристик микробных агентов в ассоциациях, в связи с частотой встречаемости. Необходимо оценивать также состояние и функциональную активность факторов, обеспечивающих неспецифическую резистентность и иммунитет макроорганизма (Царёв В.Н., 1993-2001; Воложин А.И. и соавт., 1992-2001; Робустова Т.Г. и соавт., 1990-1996).

Причинами роста числа больных и осложнений, по мнению Э.У. Махкамова, М.И. Азимова (1987), являются: поздняя обращаемость за медицинской помощью, врачебные ошибки, допущенные в до госпитальный период лечения, установившийся стереотип в назначении медикаментозной терапии, поздняя

диагностика заболеваний и развившихся осложнений, и следовательно, неправильная тактика лечения. Несмотря на использование различных методов терапии гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, хирургический способ лечения остается основным.

Лечение гнойно-воспалительных процессов основаны на комплексном проведении оперативных вмешательств и консервативных мероприятий. Основным методом многокомпонентной терапии больных о гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области является хирургический. Оперативное вмешательство носит неотложный характер и заключается в обязательном вскрытии гнойного очага (Ю.И. Бернадский и соавт., М.М. Соловьёв., 1999), и рациональном их дренировании. Вскрытие гнойников осуществляется разрезами над воспалительными очагами и созданием оттока экссудату и гною, для предотвращения распространения гноя на соседние области, для предупреждения осложнений, уменьшению внутритканевого давления и рассасыванию токсинов, для нормализации микроорганизмы из вне непосредственно в патологическом очаге. Старый принцип гнойной хирургии – обязательное вскрытие гнойного очага – не потерял своего значения и по настоящее время. При выборе оперативного доступа к гнойному очагу учитывают анатомо-топографическую локализацию гнойника. Основные причины лечения флегмон сводятся, прежде всего, к применению широких разрезов достаточной глубины, обеспечивающих свободный отток гноя, уменьшение давления в инфильтрированных тканях и раннее удаление некротизированных тканей, а также подавление микрофлоры и ускорение процессов регенерации. [14,53,54]

Причём, рекомендуется при флегмонах челюстно-лицевой области делать разрез длиной 6-8 см. (М.М. Соловьёв, Худояров И., 1996) предлагают длину разреза кожных покровов и слизистой оболочки при вскрытии абсцессов и флегмон определять протяжённостью инфильтрата. При тяжёлых распространённых флегмонах челюстно-лицевой области нередко делают два широких разреза и более. При этом в большинстве случаев между разрезами в челюстно-лицевой области создают сообщение (контрапертуру). [22,32,58]

В связи с изменением привычной клинической картины течения с появлением тенденции областей , в и шею, возникает необходимость проводить не одну, а несколько операций для раскрытия прежних или вскрытия вновь возникших гнойных очагов. [63]

При гнилостно-некротических или анаэробных флегмонах дна полости рта делается воротника образный разрез , т.е. разрез от одного до другого угла нижней челюсти или три горизонтальных разреза: по одному в каждой подчелюстной области и в области подбородка.

При лечении гнойно- воспалительных одонтогенных заболеваний немаловажной значение имеет также удаление причинного зуба. При этом из инфекционного очага вместе с гноем удаляется часть микроорганизмов , их токсинов и продуктов тканевого распада. При проведении оперативного вмешательства в челюстно- лицевой области необходим выбор оптимального метода обезболивания. Многие авторы рекомендуют вскрытие обширных флегмон челюстно- лицевой области проводить под общим обезболиванием. М.М. Соловьёв указывает, что дренирована операционной раны после вскрытия инфекционного очага можно осуществить несколькими способами, а именно: 1) введение хлопчатобумажных метил лавсановых , полтэтиленовых выпускников , резиновых полосок , трубок; 2) диализ – промывание токсинов , продуктов распада тканей ; 3) прерывистое или постоянное отсасывание экссудата с помощью катетера , введённого в операционный очаг через операционную рану либо дополнительный разрезпрокол. [69,82,84,100]

Некоторыми авторами после вскрытия около челюстных флегмон на 8-18 сутки наложением вторичных швов достигнут хороший косметический эффект. При этом у 97,2% больных остался на месте раны линейный рубец без видимой деформации окружающих тканей. Однако, надо учесть , что 72 в ранние сроки наложены швы у 37,5% больных , у остальных 62,5%- в более поздние сроки, так как раны были обширными , дольше очищались. У этих больных приходилось иссекать рубцы , втягивавшие края раны, а иногда дренировать её. [83,87]

В последнее время с целью более быстрого удаления микробов, их токсинов, продуктов распада тканей, очищения раны, стали применять диализ раны. Использование диализа гнойных ран позволяет активно влиять на физиологическое течение раневого процесса, расширяет возможность наложения ранних вторичных швов, сокращает сроки лечения, улучшает функциональные и косметические результаты. Сукачев В.А. и Булиев М.(1998) применяли системы, употребляемой для одноразового внутрисосудистого вливания. Шалумов К.З. (1996) после осуществления широкого вскрытия гнойного очага экстра фокально через основание раны в её просвет подводили перфорированный катетер. Затем рану дренировали асептической повязкой. В последующем к свободному концу катетера подключали систему для разового переливания и методом ирригации проводили фракционный диализ гнойной раны. Промывание массы выделялись в просвет раны и впитывались в перевязочный материал, который при необходимости сменяли. В дальнейшем, на рану накладывали швы. Длительность стационарного лечения составила 13,5- 0,5 койко-дней. [81,93,107]

В последнее время наметилась тенденция к активизации отсасывания гнойного отделяемого при помощи вакуум аппаратуры, прерывистое или постоянное промывание раны антисептическими растворами, существенно ускоряющей выздоровление.

Терапия гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ имеет комплексный, многокомпонентный подход. И основным методом ее на сегодняшний день является хирургический - обязательное вскрытие гнойного очага и его дренирование, что обеспечивает отток экссудата, предотвращает распространение гноя в соседние анатомические области, снижает напряжение тканей, значительно уменьшает всасывание токсинов, что в конечном итоге, благоприятно сказывается на процессах метаболизма и регенерации (Агапов В.С., 1995-2003; Тарасенко СВ., 2001; Терещенко А.Е., 1999 и другие).

Целью комплексного лечения является снижение интоксикации, повышение реактивности организма и иммуностимуляция.

Поскольку главным этиологическим фактором гнойно-воспалительных

процессов являются микроорганизмы, то важнейшее значение имеет воздействие на патогенную микрофлору - применение антибактериальных препаратов, как широкого спектра действия, так и с учетом чувствительности флоры.

Основной составной частью противовоспалительного лечения является применение антибиотиков и сульфаниламидных препаратов. Антибиотики назначают с учётом индивидуальной чувствительности к ним возбудителей заболевания. До определения чувствительности микробов к антибиотикам обычно внутримышечно используют препараты широкого спектра действия.

Необоснованное применение различных комбинаций антибиотиков и их ударных доз может привести (как правило, в отсутствие данных бактериологического исследования) к возникновению различных осложнений, таких как аллергизация больного, развитию дисбактериоза и кандидоза. [64,80]

Изменение видового состава микрофлоры гнойных ран, появление новых ассоциаций микроорганизмов, повышение их устойчивости к антибиотикам диктует современным исследователям поиск новых путей терапии ГВЗ ЧЛЮ. В литературе имеются сообщения об ультразвуковой обработке раны при комплексной терапии флегмон лица и шеи, которая приводит к быстрому очищению раны и сокращению продолжительности лечения, особенно в комплексе с лазерным излучением. Ультразвуковой метод в добавление к обычному ведению больных позволяет накладывать вторичные швы на 5+1,1 сутки. Продолжительность лечения в клинике равнялась 12,6+3,2 сутки (М.А. Губин, В.Н. Родионов, А.Г. Прохоренко 2003).

В последнее время для местного лечения острых воспалительных процессов стали применять мазевые препараты на полиэтиленгликолевой основе. Авторы показали, что 5% хлорацетофосовая мазь на полиэтилен-гликолевой основе даёт хороший терапевтический эффект при лечении острой одонтогенной инфекции челюстно-лицевой области. Лечебное действие этой мази, по мнению авторов, аналогично действию мази на касторо-воланолиновой основе и мази Вишневского. Однако, по органолептическим свойствам она превосходит последнюю. [68,89]

Для промывания ран во время перевязок и диализа, ряд авторов успешно использовали наряду с давно известными антисептическими растворами и новые, а именно: ферменты, поверхностно-активные вещества. При использовании растворов ферментов и поверхностно-активных веществ при лечении гнойных ран ускоряется завершение процесса экссудации (гидратации), очищение раны от некротизированных тканей и переход в стадию гранулирования (дегидратации). Для местного лечения острых воспалительных процессов применяют протеолитические ферменты, глинистые и другие адсорбенты, углесорбционные дренажи и другие средства (Уразалин Ж.Б., Сабденалиев А.М., Пюрова Л.П., 2000).

Худояров И. (1999) указывает, что кислород при анаэробной инфекции применяли различно: вдуванием в рану, методом орошения раны кислородсодержащими растворами, обкалыванием и т.д. Но эффект при этом был мало выражен. Нам представляется более правильным мнение, которое объясняет нецелесообразность кислородной терапии «несовершенством методом его применения при анаэробной терапии».

При гнилостно-некротических или анаэробных флегмонах челюстно-лицевой области во время перевязок больным проводят обильное промывание ран растворами перекиси водорода и перманганата калия, в результате их действующий на анаэробные микробы. При этом время действия кислорода очень кратковременное.

Особый интерес представляют препараты, обладающие гипертоническими свойствами. По данным С.М.Курбангалеева (2001), применение препаратов гипертонического действия в виде растворов и присыпок не даёт хорошего эффекта, так как они быстро разбавляются раневым экссудатом, связываются с белками и теряют свою активность.

В настоящее время электроактивированные водные растворы ЭВР-А и ЭВР-К также являются средством выбора в местном лечении гнойных процессов (карбункулов, абсцессов, флегмон, панарициев, трофических язв, остеомиелита) и хорошим профилактическим средством в "чистой" хирургии. [85,95,101]

В последние годы в терапию многих заболеваний всё шире входит гипербарическая оксигенация (ГБО), эффективность которой связана , прежде всего , с устранением местной и общей гипоксии , а также гипероксия , воздействуя бактериологически на анаэробы и ряд аэробов , в то же время повышает активность антибиотиков . [46,55,57]

Кислород может действовать на реактивность организма как неспецифический раздражитель , стимулируя активность центральной нервной системы , усиливая иммунологическую защиту человека . Одним из факторов , обуславливающих патофизиологию очага при остром воспалении мягких тканей , является гипоксия . Причиной регионарной гипоксии является возникновение расстройств микроциркуляции . В результате этого нарушаются обменные процессы и регенерация . Обмен веществ начинает осуществляться по анаэробному типу , без участия кислорода , что в свою очередь , ещё больше нарушает графику тканей и ведёт к накоплению недоокисленных продуктов с развитием ацидоза .

В последнее время уделяется большое внимание этиологической роли анаэробов в возникновении и развитии тяжёлых гнойно- воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно- лицевой области . Поэтому свойство ГБО подавлять анаэробов и тем более , анаэробов , в случаях острого воспаления мягких тканей является важным при лечении тяжёлых флегмон челюстно- лицевой области . [52,67]

Ряд авторов получили положительный эффект при использовании в комплексе лечения ГБО у больных с обширными флегмонами челюстно- лицевой области и остеомиелитами челюстей , они считают , что основными показателями к гипербаротерапии являются : тяжёлое течение заболевания , выраженная интоксикация , тенденция к распространению воспалительного процесса , малая эффективность ранее проводимого лечения . ГБО осуществима только при наличии соответствующего оборудования , в частности , барокамеры .

В 1984 году разработан оригинальный способ лечения флегмон челюстно- лицевой области прерывистой длительной оксигенацией с парами этилового

спирта и разработал устройство для его осуществления . местная оксигенация с парами этилового спирта при лечении одонтогенных распространённых тяжёлых флегмонах челюстно- лицевой области оказывает бактериостатическое и бактерицидное действие на микрофлору , проявляющееся особенно сильно и , в первую очередь , на анаэробных микробах . [4,17] При этом разрушаются токсины а , также нарушаются биохимические вирулентные свойства микробов . Кроме того , в результате улучшения местного кровоснабжения , увеличения содержания вительные процессы . Следствием этого является ограничение распространения гнойной инфекции , значительное снижение интоксикации организма , улучшение функциональной деятельности жизненно важных органов .

В настоящее время при лечении флегмон челюстно- лицевой области стало применяться ультрафиолетовое облучение в сочетании с лазерным излучением крови больных . [13]

Хирургическое лечение дополняется обычно внутримышечным или внутривенным введением антибиотиков , которые в настоящее время , несмотря на возрастающую устойчивость к ним гноеродной инфекции , широко применяются в клинике . При применении антибиотиков надо учесть, что в возникновении распространённых флегмон , помимо аэробной микрофлоры , могут участвовать и анаэробы . Выбор антибиотиков , по возможности , необходимо проводить с учётом чувствительности к ним анаэробной микрофлоры (Захарова Г.Н., Булькин В.А., 2004).

Не менее важным компонентом послеоперационной терапии воспали-тельных заболеваний ЧЛО являются дезинтоксикационные мероприятия. Начинать их целесообразно с трансфузии гемодеза или реополиглюкина, не увеличивающих вязкости крови и не циркулирующих длительно в организме. В последующем их можно сочетать с введением концентрированных раст-воров глюкозы с инсулином, 5% раствором бикарбоната натрия, добавляя по мере необходимости препараты кардиотонического и реологического дейс-твия. Для усиления эффекта вместе с трансфузионной терапией реко-мендуется форсированный диурез. В тяжёлых случаях интоксикации многие авторы отмечают высокую эффективность

экстракорпоральной гемосорбции и квантовой гемотерапии. В качестве же показателя степени интоксикации ряд авторов попытались использовать лейкоцитарный индекс интоксикации, предложенный Кальф-Калифом. [26]

Исследование детоксицирующих свойств печени при гнойно-воспалительных заболеваниях ЧЛЮ при помощи антипиринового теста было проведено в работах М.Азимова, Х Каршиева и М.Дусмухамедова, по результатам которых предложено стимулирование этой функции такими препаратами, как фенобарбитал, бензонал и экдистен, являющихся индукторами монооксигеназной системы. Вместе с тем, для остальных компонентов пато-генетической терапии (десенсибилизирующие и иммуномодулирующие препараты, стимуляторы регенерации, витаминотерапия и др.) пока еще не найдены способы достоверной количественной оценки эффективности. О последнем в настоящий момент можно лишь косвенно судить по среднему уровню хронизации и развития осложнений в исследуемой выборке больных и, в некоторых клиниках, по результатам ультразвуковых и термовизионных данных. В целом, основываясь на этих исследованиях можно констатировать значительный индивидуальный разброс в эффективности проводимой терапии. [22,39,98]

Противовоспалительным действием, улучшающим микроциркуляцию раневой поверхности, обладает также лазерное излучение. Авторы отмечают, что применение лазерного излучения целесообразно только в регенеративной фазе раневого процесса, т.к. использование его в фазе гнойно-некротических изменений может обострить воспалительный процесс. Аналогичное требование предъявляется и при применении УВЧ-терапии. [79,105]

Среди физиотерапевтических методов в комплексном лечении острых воспалительных заболеваний применяются УФ-облучение, воздействие магнитными полями, низкочастотная вибрация. [47]

Таким образом, сложность патогенеза данной патологии – наличие микробного фактора, угнетение иммунологического статуса, интоксикация, микроциркуляторные нарушения, общая и местная гипоксия и т.д. обуславливают разнообразие методов лечения.

Подытоживая все вышесказанное, можно констатировать, что основное направление при лечении гнойно-воспалительных процессов посвящено применению препаратов антибактериального и антитоксического действия с адекватным хирургическим вмешательством. [46,57,63,67]

Традиционные методы введения антибиотиков не всегда могут обеспечить достаточную концентрацию их в воспалительном очаге, а применение ударных доз, как было указано выше, приводит к развитию ряда осложнений: лекарственной интоксикации и аллергии, подавлению иммунных систем организма. [60]

Для лечения больных с одонтогенными ВЗ ЧЛЮ Леванец А.А., Шувалок С.М. (1996) предложили способ воздействия на раневой процесс лекарственными средствами. Он отличается от известных методов лечения, тем что для достижения антисептического эффекта, дегидратации и обезболивания раны, уменьшения поступления токсинов в общий кровоток, медикаментозное воздействие осуществляется через полупроницаемую мембрану посредством диализированного раствора, создающего соматические и концентрационные градиенты, в результате чего терапевтический эффект обуславливается явлениями осмоса, диализа и диффузии между раневой поверхностью и лекарственными веществами.

Для орошения раны от гноя и некротических масс, удаления микробов и их токсинов, для оптимизации процессов заживления раны и сокращения сроков лечения, производят диализ раны. [70]

Процесс заживления раны после вскрытия абсцессов и флегмон весьма сложный, так как в ране имеет место нарушение функций в результате повреждения клеток и тканей. Паранекрозы и некрозы, обусловленные воспалением и хирургической травмой, а с другой стороны - в организме при воспалении наблюдается активизация защитно-воспалительных реакций, которые направлены на ликвидацию возможных нарушений. Поэтому, препараты, применяемые для промывания раны, наряду с бактериальными, бактериостатическими, противовоспалительными свойствами, не должны

обладать раздражающим и токсическим действием на биомембрану клеток. Состояние биомембран имеет исключительно важное значение в ответной реакции клеток на микробное поражение, адекватное иммунологической реакции, синтезом антител и обезвреживанием токсинов. [64,75,77]

Следует отметить, что препараты, применяемые для местного лечения, предназначены для использования в дегенеративно-воспалительной фазе, т.е. для очищения раны от гнойно-некротических и фибринозных масс. Кроме этого нет чёткого представления для установления правильной дозировки и продолжительности лечения тем или другим препаратом. Недостаточно изучены биохимические и биофизические изменения в организме детей с ГВЗ ЧЛО, а анализ изменений в гнойной ране проводится в основном трудоёмкими микробиологическими методами исследований (Петраков А.А., 1997)

Обобщая приведенные данные литературы, можно прийти к заключению, что существующее разнообразие применяемых методов лечения больных с ГВЗ ЧЛО свидетельствует о сложности данной патологии и о том, что клиницисты не всегда бывают удовлетворены результатами проводимого лечения.

Это обстоятельство обусловлено мало изученностью ряда вопросов патогенеза и, следовательно, существует перспектива разработки новых патогенетических обоснованных подходов к лечению этой патологии.

Ускоренному снижению интоксикации при острых гнойно – воспалительных заболеваний челюстно- лицевой области можно заключить, что оперативное вмешательство при флегмонах челюстно- лицевой области является ведущим в комплексном лечении. Но в комплексном лечении немаловажное значение имеют и консервативные лечебные мероприятия. Однако, в настоящее время в связи с утяжелением клиники флегмонах челюстно- лицевой области, появлением тенденции к распространению их на несколько соседних анатомических областей, методы лечения требуют дальнейшего совершенствования.

Особые трудности представляет лечение больных с распространенными флегмонами, осложненными медиастинитом, тромбофлебитом и тромбозом сосудов лица и мозга, синусов твердой мозговой оболочки, сепсисом.

Большое внимание следует уделять пациентам с общими заболеваниями (диабет, сердечно-сосудистая недостаточность, геморрагический диатез, тяжелые аллергические заболевания или реакции). Этим больным с момента

поступления в стационар необходимо проводить интенсивную терапию, направленную на регуляцию функций дыхания, кровообращения, обмена, нервной и эндокринной систем [Бажанов Н.Н., 1985; Бугаков Е.М., 1987; Пербокас Ф.,

1990; Пчелин ВТ., 1995; Stephenson E. et al., 1995]. Рекомендуется проводить медикаментозную защиту головного мозга комплексом препаратов:

центральным м-холинолитиком амизилом и антиоксидантами токоферолом и аскорбиновой кислотой [Чуйкин СВ., 1990, 1996; Рахимов Р.О., 1992].

1.2 Механизмы развития воспалительных заболеваний ЧЛЮ у больных СД.

Сахарный диабет (СД) – *diabetasmellitus* – системное гетерогенное заболевание, обусловленное абсолютным (I тип) или относительным (II тип) дефицитом инсулина, который в начале вызывает нарушение углеводного, а затем всех видов обмена веществ, в конечном итоге приводит к поражению всех функциональных систем организма.

СД по частоте и распространенности занимает 3-ое место среди общей заболеваемости, т.е. после ССС-х и онкологических заболеваний, и составляет 6,6%. В настоящее время на земном шаре СД страдают 120 млн. людей. В промышленно развитых странах мира каждые 10-15 лет число больных СД в среднем возрастает в 2 раза. У 11,2% населения западных индустриальных стран определяется нарушение толерантности к глюкозе (НТТ); ежегодно у 1-5% из них развивается СД II типа. Среди эндокринных заболеваний СД занимает 1-ое место. Распространенность СД по земному шару не одинаковой степени встречается. СД II типа особенно распространена среди американских индейцев, в южной Италии, ФРГ, Польше, Китае и др. странах, особенно среди населения старше 40 лет.

СД – это синдром хронической гипергликемии, развивается в результате воздействия генетических и экзогенных факторов.

Факторы риска:

- наследственность
- патологическая беременность (токсикозы, выкидыши, крупный плод, мертворождаемость, частые аборты)
- вес ребенка родившийся > 4,5 кг
- ГБ, атеросклероз
- острый и хронический стресс
- асмяптарный фактор (злоупотребление рафинированной углеводами продуктами, жир)
- национальный и географический фактор (так юго-восточная Азии, Океания, Северной Африки, среди эскимосов, встречаются мало, чем у населения Европы и США)
- вирусные заболевания
- сезонные факторы
- избыточное употребление цианидов с пищей (в виде маниоки) а также недостаточность белка.

I тип – начало острое, внезапное. Основные признаки – гипергликемия и глюкозурия (почечный порог 8,9-10 ммоль/л) у некоторых до 11,0 ммоль/л. Развивается в основном до 35 лет, течение лабиль. Склонность к кетоацидозу, компенсация только инсулинотерапией + диетотерапией.

По степени тяжести подразделяется на среднюю и тяжелую формы

- Средняя характеризуется необходимостью в замес-й инсулинотерапии (независимо от дозы) при несложном течении СД или наличии ретинопатии I, II стадий, нефропатии, периф. полинейропатии без выражен. болевого синдрома и трофических язв.

- Тяжелая форма сочетается с рет-пией II-III, нефропат. II, III стадий, периф. нейропат. с выраж. болев. с-мом и наличием трофических язв, энцефалопатией, тяжелых проявлений вегетативной нейропатии, склонность к кетоацидозу,

повторные комы, лабильное течение. При наличии перечисленных проявлений микроангиопатии потребность в инсулине и уровень гликемии не учитываются.

II тип СД – начало постепенное, без проявлений декомпенсации. Больные чаще обращаются к др. спец. по поводу фурункулеза – к дерматологу, зуда во влагалище – к гинекологу, невропатологу – болей в ногах и т.д. Худеют незначительно, иногда прибавляют в весе, диагностируется случайно. Развивается у пациентов старше 40 лет, наблюдается частое сочетание с атеросклерозом, ожирением. Иногда заболевание дебютирует гиперосмолярной комой. Течение стабильное, без склонности к кетоацидозу и гипогликемическим состоянием на фоне только диеты или в сочетании с ССП-ми.

По степени тяжести разделяют:

- Легкая форма характеризуется возможностью компенсации только диетой. возможно сочетание с ретинопатией I ст., нефропат. I ст. преходящей нейропатией.

- Средней тяжести – компенсации с помощью ССП-тов, сочетание с ретинопатией, нефропатией I-II ст. преходящей нейропатией

- Тяжелая форма – компенсация достигается ССП-ми или периодическим введением инсулина. Сочетается реет. неф. II-III ст. тяж. прояв. периф. и вегет. нейропатии, энцефалопатии. Иногда, тяжелую форму диабета диагностируют у больных, компенсирующихся диетой, при наличии вышеперечисленных проявлений микроангиопатии и нейропатии.

Состояние углеводного обмена характеризуется компенсацией, суб-й, декомпенсацией.

- Компенсация – это такое течение СД, при котором под влиянием лечения достигнуты нормогликемия и аглюкозурия

- субкомпенсация – течение диабета, сопровождающиеся умерен. гипергликемии (гликемия не более 13,9 ммоль/л, глюкозурией > 50 т. в сутки и отсутствие ацетопурии)

- декомпенсация – течение диабета, при котором количество глюкозы в крови > 13,9 ммоль/л, в мочи > 50 мг/сутки и при наличии кетоза.

Так, у больных сахарным диабетом обнаружена патология как клеточного, так и гуморального иммунитета. У трети больных сахарным диабетом выявлена клеточная антипанкреатическая гиперсенсбилизация. Нарушена фагоцитарная функция лимфоцитов, у свежесвыявленных больных ИЗСД снижено число Т-супрессоров и Т-хелперов, повышено по сравнению со здоровыми отношение числа Т-хелперов к Т-супрессорам. У больных с впервые диагностированным сахарным диабетом активирована клеточная иммунная реакция, что проявляется значительным повышением процента активированных Т-лимфоцитов. Такого же рода результаты получены в экспериментах на мышах с аллоксановым диабетом.

Иммунологическая коррекция сахарного диабета.

Направления коррекции иммунологических нарушений при сахарном диабете полностью не отработаны. В некоторых работах описаны случаи улучшения состояния больных и лабораторных данных при терапии циклофосфамидом (циклофосфан, алкилирующийцитостатик) и антитимоцитарной сывороткой. Отчетливо прослежено благоприятное течение сахарного диабета при лечении Gramixon. Во многих исследованиях применялся циклоспорин А(мощная иммунодепрессивная активность, подавляет дифференцировку и пролиферацию Т-клеток), непосредственно после установления диагноза, это приводило к нормализации углеводного обмена в 50 случаев без введения инсулина, но после отмена препарата состояние быстро ухудшалось. Контроль за этой группой больных показал, что спустя 3 мес возможны спонтанные ремиссии в 24,1 случаев, а частичные ремиссии наблюдаются в 46 (до 65), относительно 22,8 в группе лиц, получавших плацебо.

Повышенную восприимчивость к инфекциям у пациентов с СД связывают с нарушениями защитных функций иммунной системы, усилением клеточной адгезии микроорганизмов, наличием микро- и макроангиопатии, нейропатии, а также повышенной частотой консервативных и хирургических вмешательств [4]. Дополнительным фактором является склонность к катаболическим процессам.

Так, изменяется синтез антител, снижается фагоцитарная активность макрофагов и лейкоцитов, ослабляется в целом регенерационная способность всех тканей, снижается барьерная функция

слизистых оболочек. Изучение мукоцилиарного клиренса, являющегося основным защитным механизмом слизистой оболочке, показало достоверное снижение этого показателя при СД [5]. Так, время назального мукоцилиарного клиренса у пациентов с СД было в 2,5 раза больше, чем у здоровых лиц, а рН носового секрета было повышено до $7,96 \pm 0,75$ (по сравнению с нормой $6,43 \pm 0,67$) [6]. Изменения этих двух показателей были более выраженными при СД 1 типа (СД1), длительности заболевания

больше 10 лет и обусловлены осмотическим диурезом, потерей воды и электролитов, а также нарушением микроциркуляции в сосудах слизистой оболочки носа. Больных СД характеризует повышенная обсемененность слизистой оболочки рта золотистым стафилококком. По данным Lipsky В.А. и соавт. [7], 30% диабетиков являются носителями *S. aureus* в ротовой

полости, по сравнению с 11% в общей популяции. Частота носительства *S. aureus* напрямую связана с уровнем HbA1c и коррелирует с частотой госпитализаций [7, 8, 9]. Это позволяет предположить, что наибольшая веро-

ятность назального носительства *S. aureus* существует у больных СД с неудовлетворительным гликемическим контролем. Слизистая полости рта и глотки под влиянием метаболических нарушений, свойственных СД, также претерпевает значительные изменения. Ксеростомия (сухость слизистой полости рта) является одним из самых известных орфарингеальных симптомов СД, который встречается примерно у 40% пациентов [10]. Показано, что возраст, пол и длительность заболевания практически не влияют на слюноотделение, однако у больных СД 2 типа (СД2) с плохим контролем гликемии стимулированное слюноотделение околоушных желез было достоверно слабее, чем у здоровых людей и больных СД с удовлетворительным гликемическим контролем [11]. В патогенезе расстройств слюноотделения решающую роль играет нарушение функции автономной нервной системы [12]. У большинства больных СД

отмечается атрофия слизистой оболочки ВДП [13]. Морфологические изменения характеризуются инфильтрацией слизистой оболочки лейкоцитами и лимфоцитами, десквамацией эпителиальных клеток, появлением участков низкоцилиндрического и даже плоского эпителия [14]. Развитие гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО у лиц с СД протекает на фоне снижения активности основных противомикробных факторов иммунитета, аффинности продуцируемых антител, опсонизирующих свойств сыворотки, фагоцитарной и бактерицидной активности нейтрофилов [21]. Снижение бактерицидности нейтрофилов связано с нарушениями как кислород-зависимых, так и кислород-независимых противомикробных систем. Больные СД уязвимы для быстрого прогрессирования инфекции ЧЛО и ее последующих осложнений. Клиническая картина гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО у больных СД характеризуется длительным и вялым течением, вовлечением в процесс других клетчаточных пространств и частым развитием осложнений. В крови этих больных, в отличие от пациентов без СД, наблюдается увеличение относительного и абсолютного числа палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов, резкое повышение СОЭ. Заболевание протекает на фоне выраженных изменений в иммунном статусе, которые затрагивают все звенья иммунитета, включая значительное снижение показателей фагоцитоза и увеличение содержания циркулирующих иммунных комплексов малого размера [24].

Не вызывает сомнения, что ключевым звеном лечения гнойно-воспалительной патологии ЧЛО является этиотропная антибактериальная терапия.

С практических позиций огромное значение придается правильному выбору антибиотика. Необходимо помнить, что пациенты с СД требуют особого подхода. Начнем с того, что, микробный пейзаж в очагах воспаления у пациентов с СД отличается от такового у больных, не страдающих диабетом. Кроме того, диабетическая нефропатия, приводящая к нарушению выделительной функции почек, требует коррекции дозировки некоторых антибактериальных препаратов.

Не стоит забывать и о том, что ряд антибиотиков влияет на уровень гликемии. Учитывая в комплексе эти факты, можно предполагать хороший терапевтический

эффект от препаратов групп современных макролидов (в частности, кларитромицина) и респираторных фторхинолонов последнего поколения. Это препараты широкого спектра действия, эффективные в отношении возбудителей инфекции ЧЛЮ. Преимуществами являются воздействие на внутриклеточные микроорганизмы, иммуномодулирующий эффект и хорошая фармакокинетика. Однако даже высокоэффективные

антибиотики последнего поколения оказываются бессильны на фоне гипергликемии и других нарушений.

Поэтому своевременная коррекция метаболических нарушений, целевой гликемический контроль и правильно подобранная сахароснижающая терапия являются еще одним ключевым звеном в успешном лечении

таких пациентов.

Таким образом, течение гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ при СД своеобразно и нетипично, часто приводит к развитию грозных осложнений

и даже летальному исходу. Эффективное лечение очагов воспаления в ЧЛЮ на фоне декомпенсации СД практически невозможно. Особое внимание должно быть уделено изучению этиопатогенетических механизмов развития заболеваний ЧЛЮ у больных СД с разработкой новых лечебных алгоритмов. Отсюда следует, что только тесное сотрудничество двух специалистов – стоматолога и эндокринолога поможет сохранить здоровье и продлить жизнь больному.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

2.1 Краткая клиническая характеристика больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области

Для решения поставленных задач нами было проведено обследование 68 больных с различными клиническими течениями с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ в отделении взрослой челюстно-лицевой хирургии 3-клиники ТМА в период с 2012 по 2014 гг.

Среди 68 больных с воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области было 26 (38,2%) мужчин и 42 (61.8%) женщин.(Таблица 1).

Таблица 1.

Пол больных	Возраст(лет)			
	16-24	25-44	45-59	Всего
Женщины	14	12	16	42(61.8%)
Мужчины	6	12	8	26(38,2%)
Итого	20	24	24	68(100%)

Для прогнозирования эффективности лечения с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области нами произведён анализ распространённости больных с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области. Изучен архивный материал, включающий анализ 2032 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области, что составило 40,4% от общего числа больных, госпитализированных с гнойно-воспалительными заболеваниями лица и шеи в отделении челюстно-лицевой хирургии 3-клиники ТМА за 2012-2014 годы.

В ходе исследования выявлено, что у 865 (42,6%) больных гнойный процесс поражал несколько анатомических областей. Анализ показал, что у 314 (15,5%)

больных наблюдалось атипичное течение воспалительного процесса, характеризующееся медленным разрешением инфильтрата, длительным гноетечением, формированием гнойных затёков. Так же выявлено, что у 1391 (68,5%) больных острый гнойный воспалительный процесс протекал на фоне сопутствующей патологии (гипертоническая болезнь, ИБС, стенокардия, пневмосклероз, сахарный диабет и др.), что усугубляло течение гнойно-воспалительного процесса.

Установлено, что у 10 (2,32%) пациентов флегмона подчелюстной области осложнилась разлитой флегмоной дна полости рта, медиастинитом и сепсисом. Средняя продолжительность их госпитализации составила $46 \pm 1,7$ дней.

В период с 2012 по 2014 гг. в клинике челюстно-лицевой хирургии 3-клиники ГМА нами было проведено обследование и лечение 68 пациентов с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области, что составило 3,34 % от всех больных с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области, поступивших 3-клиники ГМА за этот период (2032 пациентов).

Все больные (68) были госпитализированы по экстренным показаниям, поступили в отделение в основном на 3-5 сутки от начала заболевания.

Одонтогенные воспалительные процессы челюстно-лицевой области по своему происхождению связаны с зубами, однако, роль различных групп зубов в возникновении и развитии воспалительного процесса далеко неодинаковы.

Помимо анатомо-топографической классификации одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области, в настоящее время, с точки зрения местных клинических проявлений, различают флегмоны в двух-трёх областях с тенденцией к прогрессированию: прогрессирующие флегмоны во многих областях с быстрым распространением по протяжению. (Таблица 2).

Таблица 2.

№	Распределение больных по локализации воспалительного процесса. Область	Количество
---	--	------------

	локализации.	
1	Подчелюстного пространства	21 (30,88%)
2	Подбородочного пространства	5 (7,35%)
3	Шеечная область	3 (4,41%)
4	Крыловидно- челюстного пространства	4 (5,88%)
5	Околоушно-жевательная область	6 (8,82%)
6	Дна полости рта	4 (5,88%)
7	Флегмоны, охватывающие две или не сколько анатомических областей(обширные флегмоны)	25 (36,76%)
	Итого	68 (100%)

Пальпаторно инфильтрат был плотный, как правило, слабо болезненный. При пальпации болезненность усиливалась. Кожа над инфильтратом была гиперемирована, напряжена, в складку не собиралась.

Появление болезненной припухлости сопровождалось, как правило, субфебрильной температурой, недомоганием. У наших больных воспалительных заболеваний ЧЛЮ местные признаки воспаления были выражены соответственно её локализации и сочетались с общей реакцией организма в виде лихорадки, лейкоцитоза, ускоренной СОЭ.

В следствии наступившей интоксикации организма у больных наблюдались также общие расстройства той или иной степени озноб, слабость, головные боли, бессоница, потеря аппетита.

У больных с одонтогенными флегмонами, локализованными в одном анатомическом пространстве, воспалительный процесс прогрессировал, но не был склон к агрессии а у больных с флегмонами дна полости рта и распространенными флегмонами в следствии генерализации инфекции имелись агрессивные течения.

При диагностике и определении тяжести заболевания одонтогенных воспалительных процессы челюстно-лицевой области, подобно другим авторам, учитывали общее состояние организма, анамнез, местные проявления болезни, сроки от начала появления припухлости, температурную реакцию, показатели анализов периферической крови. Итак, нами общее состояние больных с флегмонами, локализованными в одном и двух анатомических пространствах были оценены средней тяжестью, а состояние больных с флегмонами, локализованными в трёх и более анатомических пространствах и флегмонами дна полости рта были оценены тяжёлыми.

Для изучения эффективности комплексной лечения ВЗ ЧЛЮ у больных с сахарным диабетом и беременностью находящихся под нашим наблюдением больных мы разделили на 3 группы:

1-ая группа - контрольная группа (n=26). К нему входит больные без сопутствующей патологии.

2-ая группа – основная группа (n=24).. К нему входит больные, страдающие от сахарного диабета.

3-ая группа- основная группа (n=18). К нему входит беременные с ВЗ ЧЛЮ.

Все больные были вылечены традиционными методами (вскрытие, дренирование, ежедневные перевязки, антибактериальная, десенсибилизирующая, дезинтоксикационная и общеукрепляющая терапия)-Ниже приведена таблица распределения больных по группам.

Таблица 3.

Группы	Количества больных в группах	
	Абс	%
1-группа	26	38,23%
2-группа	24	35,29%
3-группа	18	26,47%
Итого	68	100%

2.2. Характеристика проведенного лечения.

В комплексе терапии больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи основным методом остаётся хирургическое вмешательство. Поэтому всем 68 больным с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в день поступления в стационар, после предварительного обследования больных (анализ крови, ЭКГ по необходимости консультировались с другими специалистами и т.д.), осуществляли вскрытия флегмоны под местным или общим обезболиванием. В основном использовался внутривенный наркоз. При флегмонах, локализующихся в одном анатомическом пространстве длина разреза была 5-8 см. При гнилостно-некротических или анаэробных флегмонах дна полости рта вскрытия осуществляли тремя горизонтальными разрезами: по одному в каждой подчелюстной области и в области подбородка. При распространённых флегмонах приходилось проводить не одну, а несколько операций для вскрытия прежних или вновь возникших гнойных очагов. После вскрытия флегмон, лечение их обязательно сопровождалось дренированием гнойной раны и медикаментозным воздействием на ткани и содержимое раны.

Кроме этого было проведено комплексное традиционное медикаментозное лечение основными компонентами которого явилась: антибактериальная, десенсибилизирующая, дезинтоксикационная и общеукрепляющая терапия.

Диагностика одонтогенной инфекции включала четыре этапа:

1-й этап - предварительная диагностика. Проводилась в амбулаторных условиях,

2-й этап - окончательная диагностика. Проводилась дежурным, а затем лечащим врачом отделения челюстно-лицевой хирургии, который назначает дополнительное обследование, одновременно проводя комплекс предоперационных мероприятий.

3-й-этап-премедикация, местное или общее обезболивание, хирургическое вмешательство, комплексная терапия.

4-й этап - динамическая диагностика. Оценка исхода воспалительного процесса, установление возникших осложнений, анализ причин их возникновения.

Следует признать, что на догоспитальном этапе совершенно не обязательно устанавливать полный клинический диагноз, у больных со средней тяжести и тяжелым общим состоянием, тратя драгоценное время. Поэтому при обнаружении у больного симптомов флегмоны лица и шеи, пациента необходимо в экстренном порядке доставить в челюстно-лицевое отделение многопрофильной больницы или специализированный стационар.

Больным назначались антибиотики широкого спектра действия в возрастной дозировке. По показаниям проводилась дезинтоксикационная терапия: внутривенно капельно вводились растворы 5% глюкозы, 0,9% раствор хлорида натрия, гемодез.

Всем больным применены традиционные методы хирургического лечения, включающие вскрытие гнойного очага, его дренирование, ежедневные перевязки с местным применением антисептиков (раствор фурациллина 1:5000) и сменой дренажей.

Больные с локализацией в одном клетчаточном пространстве составили 72% от общего числа больных, трех и распространенных флегмонах лица и шеи составили 18 % от общего числа больных. Наибольшее число пациентов наблюдалось с флегмонами подчелюстного пространств -35%. По данным литературы этот вид является наиболее распространенным, что подтверждается нашими исследованиями все заболевания имели одонтогенную природу.

Критериями оценки являются, компенсированность общего состояния больного, состояние со средней тяжести при флегмоне области лица и шеи, наличие или отсутствие общей соматической патологии, локализация и распространенность гнойного процесса, исключение специфических инфекций, а также передаваемых тонзиллогенным, гематогенным путем, исключение посттравматического осложнения воспалительного заболевания.

Данные клиники и лечения околочелюстных флегмон мы сравнивали с пациентами *контрольной группы*, в состав которой вошли 26 больных, получавших традиционное лечение, *основными группами*, состоящей из 42 пациентов. Среди больных основной группы было 30 женщины и 12 мужчин (средний возраст больных этой группы составил $43,5 \pm 10,8$), Количество пациентов с поражением одного клетчаточного пространства в основных группах составило 48%.

Таблица 4.

№	Распределение больных по локализации воспалительного процесса. Область локализации.	Количество бол.1-группа (n=26)	Количество бол.2-группа (n=24)	Количество бол.3-группа (n=18)
1	Флегмоны, охватывающие только одну анатомическую область	19 (69,23%)	13 (41,66%)	11 (55,55%)
2	Флегмоны, охватывающие две или несколько анатомических областей(обширные флегмоны)	7 (30,76%)	11 (58,33%)	7 (44,44%)
	Итого	26 (100%)	24(100%)	18(100%)

Клинические наблюдения включали данные анамнеза, анализ жалоб, объективных показателей общего состояния организма, а также характеристики местных изменений (локализация процесса, изменение конфигурации лица, наличие отека или инфильтрации тканей, гиперемии кожи, нарушение функций - ограничение открывания рта, глотания, подвижности жевательной группы мышц, языка, состояние тканей после вскрытия воспалительных очагов).

Консервативное лечение включало радикальное вскрытие гнойных очагов, некрэктомию, адекватное дренирование заинтересованных клетчаточных областей и пространств, удаление не подлежащих лечению зубов, отсроченное раскрытие полости зубов, подлежащих консервативному лечению, антибактериальную и инфузионную терапию, включающую дезинтоксикационную, десенсибилизирующую, обезболивающую, общеукрепляющую и симптоматическую терапию, а также местное лечение гнойной раны и физические факторы воздействия.

Критериями оценки эффективности лечения в группах были субъективная оценка больного, динамика показателей общепринятых лабораторных показателей, динамика иммунологических, микробиологических исследований, а также развитие осложнений, сроки заживления раны и особенности рубцевания. Анализируя представленные данные о леченых пациентах мы можем констатировать, что все группы больных могут быть сопоставимы по всем основным параметрам, т.е. обе группы до лечения не отличались друг от друга по возрастному составу, степени тяжести и по виду распространения воспалительного процесса.

2.3 Методы исследования

Обследование всех больных с воспалительными заболеваниями ЧЛЮ проводилось поэтапно. Для выяснения этиологического фактора, сроков получения поражения и детализации объема и характера медицинской помощи, оказанной ранее в других лечебных учреждениях, проводился подробный сбор анамнестических данных, изучение выписок из истории болезни. Особое внимание уделяли выяснению перенесенных или сопутствующих заболеваний, наличию аллергической реакции на тот или иной лекарственный препарат или пищевой продукт, что могло бы оказать значительное влияние на тактику лечения больного с воспалительными заболеваниями ЧЛЮ.

С целью оценки общего состояния пациента проводились следующие лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, рентгеноскопия органов грудной клетки, электрокардиограмма. Проводили консультацию терапевта и анестезиолога, при необходимости- эндокринолога, гинеколога, онколога, невропатолога, психиатра, окулиста, оториноларинголога. Обследование проводилось при поступлении пациентов в стационар, в ходе и в ближайшие сроки после лечения, в период реабилитации от 1 до 3- месяцев. Для каждого пациента определяли: длительность госпитализации, продолжительность заболевания до поступления в стационар, продолжительность гипертермии, максимальную температуру тела, продолжительность комплексной противовоспалительной терапии.

Микробиологические исследования отделяемого из раны и крови собирали согласно методике Савицкой К.И с соавт (1997г).

Оценка местного статуса включала в себя внешний осмотр и пальпацию лица, исследование полостей носа и рта. При внешней осмотре определяли состояние кожных покровов (цвет, эластичность, подвижность кожи, выраженность подкожно-жировой клетчатки, форма носа, контуры орбиты).

При поступлении в стационар у больных с воспалительными заболеваниями ЧЛО местные признаки воспаления были выражены и сочетались с общей реакцией организма в виде лихорадки, лейкоцитоза нейтрофилов, ускоренной СОЭ в зависимости от характера и размера гнойного воспалительного процесса. Вследствие наступления интоксикации организма у больных наблюдались также общие расстройства в той или иной степени - озноб, слабость, головные боли, бессонница, потеря аппетита. Пульс и дыхания были учащены.

Клиническая картина характеризовалась наличием воспалительного инфильтрата в соответствующей анатомической области. Местные признаки воспаления (инфильтрат, гиперемия кожных покровов, местное повышение температуры) у больных быстро нарастали и были ярко выражены. Инфильтраты были плотными, болезненными при пальпации с наличием местной

гиперемии и гипертермии, сопровождающиеся натянутостью кожных покровов, чаще с участками размягчения и наличием флюктуации.

Местная клиническая картина заболевания дополнялась данными рентгенографии челюстей, которая была выполнена всем больным. Данные методы диагностики дополнялись общепринятыми лабораторными исследованиями – клиническим анализом крови, мочи, определением группы крови и Rh-фактора, исследованиями на маркеры вирусного гепатита, ВИЧ, RW, которые выполнялись в клинической центральной лаборатории 3-клиникиТМА. По показаниям определяли уровень глюкозы в сыворотке крови, проводили ряд других исследований. Лабораторные показатели соответствовали тяжести гнойного процесса.

2.4 Изучение микрофлоры при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области.

Бактериологическое исследование больных с одонтогенных воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области предполагало выделение аэробных и факультативно-анаэробных, а также строгих анаэробных микроорганизмов при воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Для получения проб раневого отделяемого использовали одноразовые стерильные пробирки. Весь материал передавался не позднее 2-х часов от момента взятия. Для микробиологической оценки посевов из раны на 1-2 и 5-7 сутки при поступлении. При наличии роста микрофлоры при втором посеве) использовались стандартные среды и методики идентификации грамположительных (Гр+) и грамотрицательных (Гр-) микроорганизмов - представителей аэробной, факультативно-анаэробной и анаэробной микрофлоры.

Бактериологические исследования проводились в динамике: при поступлении больного, на 5-7 сутки после начатого лечения.

Забор материала для бактериологического исследования производили пункционным путём с помощью шприца и по возможности до вскрытия

флегмоны. Материал немедленно помещался в специальную транспортно-накопительную среду Т.Н.С.(полужидкая, на основе коммерческой среды на стерильность, с добавлением витамина К, твина-80 и гемина) и доставлялся в лабораторию в течение 2-3 часов. На ТНС сохраняются все факультативно-анаэробные бактерии: при дальнейшей инкубации происходит размножение строгих анаэробов в глубине столбика агара.

Первым этапом исследования- микроскопия нативного материала мазках, окрашенных по Грамму. Мазки готовились параллельно с посевом материала при заборе материала. Полученные при прямой микроскопии данные служили ориентиром для дальнейших исследований.

Вторым этапом служили высев исследуемого материала из ТНС на ряд элективных и дифференциально- диагностических питательных сред для аэробов и факультативных анаэробов:

- 1) для стафилококков - желточно-солевой агар и солевой 5% бульон;
- 2) для стрептококков - кровяной 5% агар с человеческой дефибринированной кровью и высокопитательным бульоном для выделения стрептококков(коммерческий);
- 3) для грамотрицательных бактерий – среду Энде и Левина.
- 4) Для дрожжеподобных грибов рода Кандида- плотная среда Сабуро.

Посевы инкубировали 18-24 часов при 37,5 С, после чего производили просмотр колоний, микроскопию мазков и дальнейшие исследования в зависимости от грампринадлежности и морфологии колоний.

Преобладающее число культур относилось грамположительным коккам, расположенным или гроздьевидно или цепочками , поэтому их идентификацию мы представляем более подробно.

Для идентификации стафилококков использовали тест на каталозу (для дифференциации со стрептококками), тест окисления глицерина и ОГ тест с глюкозой (окисления-ферментации)- для дифференциации с микрококками, а также тесты для дифференциальной диагностики видов рода *Staphilococcus* –тест с маннитом, плазмо коагуляция, гемолиз,наличие золотистого пигмента,

лецитиназа, гиалуронидаза, фибринолизин, чувствительность новобиоцину, щелочная фосфатаза, окисление маннозы, галактозы и трегалозы(приказ № 535,1985).

Чувствительность к антибиотикам определяли диффузионным методом, используя посев 1 мл взвеси суточной культуры на поверхность среды АГВ (коммерческая) и наложением дисков со следующими антибиотиками: пенициллин, ампициллин, оксациллин, кефзол, клафоран, гентамицин, канамицин, тобромицин, тетрациклин, вибрамицин, эритромицин, олеандомицин, линкомицин, рифампицин. При необходимости использовали также коммерческие диски с новобиоцином , а также приготовленные в лаборатории диски с метронидазолом и др. антибиотиками.

Учёт вели через 18-24 часов инкубации при 37-50 С по величине зон задержки роста согласно инструкции (Инструкция по определению чувствительности микроорганизмов к антибиотикам. М.,1984).

Данные исследования проводились с помощью специальной методики (Л.Г.Баженов, М.А. Вайман и соавт.,1987)

Исследуемый материал получали пункционным путём с помощью одноразового шприца перед вскрытием (по возможности) или после вскрытия, сразу помещали в ТНС и доставляли в течение 2-3 часов в лабораторию. Материал из ТНС засеивали на чашку со средой анаэробно- кровяной агар (АКА), которая имеет добавки, способствующие росту анаэробных микробов (твин-80, гемин, кровь, пептон, витамин К и др.).

При использовании анаэроостатной методики все манипуляции, взятие и посев материала, просмотр морфологии колоний , отбор и др.,производили как можно быстрее с целью сокращения контакта анаэробов к кислородом воздуха.

Выращивание посевов производили на анаэроостатах типа МИ- 752, в которых предварительно создавали полный вакуум путём удаления воздуха масляным насосом от 0 до отметки манометра 1 атм., а затем заполняли природный газ г. Ташкент не обладает токсическими свойствами для анаэробов и создаёт довольно благоприятные условия для их роста). Анаэроостаты с посевами помещали в

термостат 37-50° С на 2-3 суток.

Для контроля анаэробноз в анаэроостат помещали пробирку с метиленовой синью в разведённой 1:42 с 10% глюкозой; для поглощения влаги из ёмкости анаэроостата между чашками помещали мешочки с силикагелем.

При наличии роста производили просмотр колоний , выросших в анаэробных условиях под стереомикроскопом , после чего изучали морфологию клеток в окраках по Грамму, наличие спор, капсул, ставили чёрного пигмента, наличие «коррозии» агара , подвижность, каталазная активность, редукция нитратов , продукция индола , ферментация глюкозы, желатиназа.

С целью дифференциации анаэробов использовали их чувствительность к антибиотикам, для чего лаборатории готовили диски (Черномордин А.Б.,1997) со следующими нагрузками: метронидазол- 5 мкг\диск, канамицин 1000 мкг\диск, пенициллин-2ЕД\диск, рифампицин-15 мкг\диск,эритромицин- 60 мкг\диск, полимиксин В- 10 мкг\диск. Диски с гентамицином -10 мкг\диск(коммерческие). Учёт вели согласно (Doerdenet al.,1980; Dowel,Lombard, 1991; Moore, 2001-) чувствительными к метронидазолу и полимиксину считали штаммы с зоной задержки роста более 10мм; к канамицину, пенициллину, гентамицину- более 12 мм: к эритромицину и рифампицину- более 15мм.

Для определения толерантности к желчи готовили диски с нагрузкой 25 мкг\диск, диски с таурохолатом натрия и генцианвиолетом(Л.Г. Баженов,1997).

При зонах задержки роста анаэробов вокруг этих дисков более 7 мм штаммы считали не толерантными (чувствительными): при зоне меньше 7мм или их отсутствие толерантными (устойчивыми).

При определении чувствительности к антибиотикам исследования проводили обычным диффузионным методом с использованием специальных питательных сред , культивированием в анаэроостате и учётом зон ингибиции через 48 часов и позже.

2.5 Определение классов и количества иммуноглобулинов в слюне

Определение количества иммуноглобулинов IgA, IgG, IgM в крови и слюне проводили иммунотурбидиметрическим методом , используя фотометр «Microlab-

200» фирмы «Merck» (Германия), с встроенным компьютером и запрограммированными данными для определения количества IgA, IgG, IgM, выраженного в г/л. Для исследования иммуноглобулинов использовали коммерческие тест-системы фирмы «Вектор-Бест» (г.Новосибирск).

2.6 Статистическая обработка полученного материала.

Статистическая обработка полученных данных проведена на основании общепринятых методов вариационной статистики, обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере Pentium 4 с программным обеспечением MicrosoftOffice. Перед использованием методов описательной статистики определяли тип распределения количественных признаков. Для признаков с нормальным распределением рассчитывали среднюю арифметическую (M) и стандартное отклонение (σ), результаты представлялись в виде $M \pm \sigma$. При распределении признака, отличном от нормального, вычисляли медиану (Me), нижний 25-й (LQ) и верхний 75-й квантили (UQ), а результат представляли в виде $Me (LQ; UQ)$. Оценку статистической значимости различий проводили с учетом распределения признака при помощи T -критерия Стьюдента (t) и критерия Манна-Уитни (U). Критический уровень значимости определяли как 0,05. Достоверность различия параметров определена по критерию Стьюдента:

$$t = \frac{|M_1 - M_2|}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}$$

где M_1 - выборочная средняя, M_2 - генеральная средняя,
 m_1 и m_2 - стандартные ошибки.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1 Результаты анализа отдельных клинических показателей у больных с воспалительными заболеваниями ЧЛЮ в динамике лечения.

Как указывалось во 2 главе, исследования проведены у 68 больных.

Продолжительность заболевания от первых клинических проявлений до госпитализации у 18 больных (26%) составляла 2-4 дня, у 38 пациентов (56%) – 5-8 дней, у 9 (14%) – 9-15 дней, у 3 больных (4%) более 16 дней. В целом, длительность заболевания на момент госпитализации у значительной части больных (56%) составила более 5 суток. Средний срок с момента появления первых жалоб до поступления в стационар составил $7,3 \pm 0,54$ суток.

Заболевание у всех пациентов имело одонтогенный характер и развивалось в подавляющем большинстве случаев – у 52 пациентов (76%), в результате обострения хронического воспалительного процесса в пародонте и периапикальных тканях. У 15 пациентов (22%) флегмона развилась после удаления зубов по санационным показаниям.

Первое место занимали нижние шестые зубы – в 20 случаях (30%), второе – нижние четвёртые и пятые зубы – в 18 (26%), третье – нижние седьмые зубы – в 14 (20%), четвертое – нижние первые и вторые зубы – в 12 (18%), пятое – нижние восьмые зубы в 4 (6%) случаях.

Такое медленное нарастание воспалительных явлений на фоне слабо или умеренно выраженных общих реакций организма, также позволяло предполагать затяжное атипичное течение заболевания.

Таким образом, все клинические наблюдения характеризовались длительным развитием гнойного воспаления, отсутствием корреляции между общими и местными проявлениями. Несмотря на слабо выраженную очаговую воспалительную реакцию, тенденции к ограничению процесса не наблюдалось длительное время и у большинства больных с сахарным диабетом формирование гнойника происходило при удовлетворительном общем состоянии, что позволяло предполагать затяжное атипичное течение заболевания.

Длительность госпитализации пациентов группы 1 составила 3 (2;4) дней. Число дней с момента начала заболеваний до госпитализации в данной группе равнялось 3 (2;5). Повышенная температура тела пациентов в среднем регистрировалась в течение 1,3 (0,1;3) суток с момента госпитализации, при этом её максимальное повышение после проведения ПХО гнойного очага составило $37,6 \pm 0,65$ С°. У 6 человек (23,5%) температура тела повышалась до 38-39 С°, у 15 (59%) – до 37-38 С°, у 5 (17,5%) индивидуумов температура тела оставалась в пределах нормы. В соответствии с нозологией пациенты группы 1 были распределены следующим образом: у 9 человек (34,6%) развилась одонтогенная флегмона подчелюстного клетчаточного пространства, у 3 (11,5%) – крыловидно-нижнечелюстного, у 3 (11,5%) – субмассетериального, у 2 (7,6%) – окологлоточного, у 1 (3,8%) – щечного, у 8 человек (30,7%) развилась флегмона 2 или несколько клетчаточных пространств. При этом у 20 человек (76,5 %) гнойно-воспалительный процесс локализовался справа, а у 6 человек (23,5%) - слева. Средняя продолжительность комплексной противовоспалительной терапии составила $7,74 \pm 2,09$ дня. Причём 2 человек (7,6%) в качестве антибактериальной терапии получал цефотаксим, 4 человек (11,5%) – цефазолин, 4 (11,5%) – цефотаксим + метронидазол, 2 (6%) – Ультрацеф, 4 (15,3%) Цефтриаксон + Флаксан, 1 (3%) – линкомицин, 9 (34,6%) – Цефтриаксон шафтаз.

Средний возраст пациентов в 2-группе составил $41,5 \pm 15,9$ года. При этом женщин было 12 человек (50%), а мужчин- 12 человек (50%). Длительность госпитализации пациентов группы 2 составила 8 (4;10) дней. Количество дней с момента начала заболеваний до госпитализации в данной группе составило 5 (3;7). Повышенная температура тела пациентов группы 2 регистрировалась в течение 1,94 (0,5;3) суток с момента госпитализации, при этом максимальное повышение температуры после проведения ПХО гнойного очага составило $37,1 \pm 0,66$ С°. У 2 человек (8,3%) температура тела повышалась до 38-39 С°, у 19 (79,1%) – до 37-38 С°, у 3 (12,5%) индивидуумов температура тела оставалась в пределах нормы. В соответствии с нозологией пациенты группы 2 были распределены следующим образом: у 9 человек (34,6%) развилась одонтогенная

флегмона подчелюстного клетчаточного пространства, у 3 (11,5%) – крыловидно-нижнечелюстного, у 3 (11,5%) – субмассетериального, у 2 (7,6%) – окологлоточного, у 1 (3,8%) – щечного, у 8 человек (30,7%) развилась флегмона 2 или несколько клетчаточных пространств. у 26 человек (96%) развилась одонтогенная флегмона подчелюстного клетчаточного пространства, при этом в сочетании с подподбородочной локализацией у 9 (33%), в сочетании с крыловидно-нижнечелюстной флегмоной - у 5 (18%), в сочетании с окологлоточной у 5 (18%). У 6 (22%) пациентов второй группы гнойно-воспалительный процесс локализовался в трех пространствах: подчелюстном, подподбородочном и крылочелюстном. У 5 пациентов (18%) имела место флегмона дна полости рта. При этом у 11 человек данной группы (45,8%) гнойно-воспалительный процесс локализовался справа, а у 8 человек (33,33%) – слева, у 5 (20,8%) - с двух сторон. Средняя продолжительность комплексной противовоспалительной терапии составила 9,08 (2,9) дня. Причём 8 человек (30%) в качестве антибактериальной терапии получал цефотаксим, 8 (30%) – цефотаксим + метронидазол, 3 (11%) – цефотаксим + амикацин, 2 (7%) – цефазолин, 2 (7%) цефазолин + метронидазол, 2 (7%) – цефотаксим + метронидазол + ципрофлоксацин, 1 (4%) – цефотаксим + метронидазол + амикацин, 1 (4%) – левофлоксацин + метронидазол.

Таким образом, все клинические наблюдения характеризовались длительным развитием гнойного воспаления, отсутствием корреляции между общими и местными проявлениями. Несмотря на слабо выраженную очаговую воспалительную реакцию, тенденции к ограничению процесса не наблюдалось длительное время и у большинства больных сахарным диабетом формирование гнойника происходило при удовлетворительном общем состоянии, что позволяло предполагать затяжное атипичное течение заболевания.

При сравнении клинических характеристик между группой пациентов без соответствующей патологией и группой пациентов с сахарным диабетом выявлены статистические значимые отличия. Продолжительность стационарного

лечения в группе 2 был выше, чем в группе 1, $U=317$, $p=0,02$ ($p<0,05$). Число дней с момента начала заболеваний до поступления в стационар в группе 1 было меньше относительно группы 2, $U=296,5$, $p=0,02$ ($p<0,05$). Длительность лихорадки была значительно выше у пациентов с сахарным диабетом, $U=233,5$, $p=0,03$ ($p<0,05$). Максимальный подъем температуры тела у больных группы 1 был выше, чем у лиц группы 2 ($p<0,01$). В группах с сахарным диабетом и без сопутствующей патологией соотношение мужчин и женщин не отличалось.

Несмотря на слабо выраженную воспалительную реакцию и проводимое лечение, тенденции к ограничению процесса длительное время не наблюдалось у 22 пациентов (88%) второй группы. При этом у 20 пациентов (80%) уменьшение гноетечения отмечали на 6-8 сутки, появление скудных, вялых грануляций на 9-11 сутки. У 5 пациентов (20%) сроки выздоровления заняли более длительное время. У большинства больных было отмечено гноетечение на фоне уже образовавшейся грануляционной ткани, до 8-12 дня у них сохранялась инфильтрация краев раны. Уменьшение гноетечения наблюдали на 9-10 сутки, вялые мелкозернистые, серые грануляции появлялись на 9-12 сутки, полное очищение раны и краевая ретракция были отмечены на 17-20-е сутки. Средний срок пребывания в стационаре данных больных составил $8,1\pm 0,58$ суток. Таким образом, одонтогенные флегмоны челюстно-лицевой области у больных с сахарным диабетом характеризуются наличием клинических признаков вторичной иммунной недостаточности: вялое течение воспалительного процесса, формирование гнойных затёков, длительное выделение экссудата, сниженная активность репаративных процессов и длительное стационарное лечение.

Результаты анализа отдельных клинических показателей у больных ВЗ

ЧЛО в динамике лечения у основной и контрольных групп $M\pm m$.

Таблица 5.

№	Отдельные показатели	1- Контрольная	2-Основная группа (n=24)	3- Основная группа (n=18)

		группа (n=26)		
1	Длительность госпитализации	3,1±0,55	8,1±0,58	5,2±0,71
2	Прекращение гноеотделения из раны	4,4±0,54	7,5±0,35	5,3±0,66
3	Улучшение общего состояния (сутки)	4,53±0,72	6,73±0,66	5,24±0,52
4	Уменьшение болевого синдрома (сутки)	5,14±0,64	6,21±0,58*	5,14±0,45
5	Средняя продолжительность комплексной противовоспалительной терапии	7,74±2,09	10,08± 2,9	8,42±2,1
6	Длительность лихорадки	1,3(0,1;3)	1,94 (0,5;3)	1,84 (0,6;4)
7	Максимальный подъем температуры тела	37,9±0,65 C°	37,1±0,66 C°	37,5±0,54 C°
8	Сроки появления грануляций (сутки)	7,41±0,30*	10,25±0,41	8,25±0,62
9	Сроки появления краевой эпителизации раны (сутки)	7,8±0,53	11,04±0,37*	8,68±0,43

* – статистически достоверные отличия от группы сравнения (p<0,05).

Длительность госпитализации пациентов группы 3 составила 5,2±0,71 дней. Число дней с момента начала заболеваний до госпитализации в данной группе равнялось 3 (2;5). Повышенная температура тела пациентов в среднем регистрировалась в течение 1,84 (0,6;4)суток с момента госпитализации, при этом её максимальное повышение после проведения ПХО гнойного очага с оставило

37,5±0,54 С°. У 5 человек (27,7%) температура тела повышалась до 38-39 С°, у 9 (50%) – до 37-38 С°, у 4 (22,2%) индивидуумов температура тела оставалась в пределах нормы. В соответствии с нозологией пациенты группы 3 были распределены следующим образом: у 9 человек (34,6%) развилась одонтогенная флегмона подчелюстного клетчаточного пространства, у 3 (11,5%) – крыловидно-нижнечелюстного, у 3 (11,5%) – субмассетериального, у 2 (7,6%) – окологлоточного, у 1 (3,8%) – щечного, у 8 человек (30,7%) развилась флегмона 2 или несколько клетчаточных пространств. При этом у 14 человек (77,7 %) гнойно-воспалительный процесс локализовался справа, а у 4 человек (22,3%) - слева. Средняя продолжительность комплексной противовоспалительной терапии составила 8,42±2,1 дня. Причём 2 человек (11,11%) в качестве антибактериальной терапии получал цефотаксим, 4 человек (22,22%) – цефазолин, 2 (11,11%) – Ультрацеф, 7 (38,9%) Цефтриаксон, 3 (16,7%) – Цефтриаксон+шафтаз.

3.1.2 Результаты клинического анализа крови

Важную роль в оценке тяжести воспалительного процесса играют показатели гемограммы, так как они относятся к числу наиболее точных индикаторов состояния организма больного при воспалительных заболеваниях. У всех наблюдаемых нами пациентов гемограмма характеризовалась значительной вариабельностью показателей (см. табл. 3.2.1.). На фоне традиционного лечения содержание лейкоцитов в периферической крови у пациентов с сахарным диабетом имело некоторую тенденцию к снижению на 4-6 сутки, но возвращение к исходному уровню происходило лишь на 9-10 сутки госпитализации ($8,90 \pm 0,50 \times 10^9/\text{л}$), что, на наш взгляд, может являться одним из признаков атипичного течения и хронизации воспалительного процесса. Среднее количество лейкоцитов у больных группы с сахарным диабетом при госпитализации составляло $10,58 \pm 0,65 \times 10^9/\text{л}$, что достоверно превышало ($p < 0,05$) величины, определенные нами для контрольной группы. При этом, лейкоцитоз свыше $10 \times 10^9/\text{л}$ был установлен при поступлении у 6 пациентов (24%). Количество лейкоцитов в пределах нормы (до $7,03 \times 10^9/\text{л}$) при поступлении в стационар было

выявлено у 9 больных (36%). Следует отметить, что у 2 пациентов (8%) было обнаружено снижение количества лейкоцитов до $4,6 \times 10^9/\text{л}$. На момент госпитализации достоверных различий по всем показателям гемограммы между клиническими группами выявлено не было.

Для 43 пациентов (86%) было характерным нормальное содержание эритроцитов и лишь у 7 больных (14%) их количество было менее $4 \times 10^{12}/\text{л}$. Содержание гемоглобина у 6 больных (12%) было менее 120 г/л, а у остальных 38 пациентов (88%) находилось в пределах нормы. Изменения в лейкограмме были достаточно разнообразными.

Гематологические показатели у условно здоровых лиц и больных с сахарным диабетом и беременных с одонтогенной флегмоной ЧЛЮ при госпитализации.

Таблица 6.

Показатель	Контрольная группа (n=26)	2-группа (n=24)	3-группа (n=18)
Эритроциты, ($\times 10^{12}/\text{л}$)	$4,65 \pm 0,07$	$4,47 \pm 0,08$	$4,12 \pm 0,12^*$
Гемоглобин, (г/л)	$120,04 \pm 2,7$	$110,24 \pm 2,82$	$90,12 \pm 3,71$
Цветной показатель, (у.е.)	$0,85 \pm 0,007$	$0,82 \pm 0,009$	$0,72 \pm 0,008$
Лейкоциты, ($\times 10^9/\text{л}$)	$9,83 \pm 0,79$	$10,58 \pm 0,65^*$	$8,53 \pm 0,95^*$
Эозинофилы, ($\times 10^9/\text{л}$)	$0,074 \pm 0,026$	$0,097 \pm 0,028$	$0,122 \pm 0,018$
Палочкоядерные нейтрофилы,	$0,309 \pm 0,102$	$0,682 \pm 0,121$	$0,835 \pm 0,139^*$

($\times 10^9/\text{л}$)			
Сегментоядерные нейтрофилы, ($\times 10^9/\text{л}$)	$4,414 \pm 0,492$	$5,882 \pm 0,476$	$7,046 \pm 0,832^*$
Лимфоциты, ($\times 10^9/\text{л}$)	$1,720 \pm 0,241$	$1,522 \pm 0,150$	$1,334 \pm 0,119$
Моноциты, ($\times 10^9/\text{л}$)	$0,379 \pm 0,100$	$0,526 \pm 0,069$	$0,553 \pm 0,076$
СОЭ, мм/час	$16,36 \pm 2,38$	$34,92 \pm 2,09^*$	$35,76 \pm 2,36^*$

* – достоверные отличия от контрольной группы ($p < 0,05$).

У 21 больных (62%) количество лейкоцитов не выходило за пределы нормы, у 9 больных (38%) отмечался лейкоцитоз более $10 \times 10^9/\text{л}$. Повышение содержания палочкоядерных нейтрофилов более $0,309 \pm 0,102 \times 10^9/\text{л}$ отмечено у 13 больных (26%), а сегментоядерных нейтрофилов более $4,414 \pm 0,492 \times 10^9/\text{л}$ было отмечено у 18 больных (36%), что на наш взгляд, также является одним из признаков торпидного течения воспалительного процесса (табл.6).

Таким образом, результаты клинического анализа крови, полученные при госпитализации, достаточно убедительно свидетельствовали о наличии признаков вторичной иммунной недостаточности у больных с сахарным диабетом.

В процессе традиционного лечения постепенное повышение количества лимфоцитов в периферической крови происходило лишь к 9-10 суткам, их среднее содержание достигало $1,607 \pm 0,139 \times 10^9/\text{л}$, что, тем не менее, оставалось достоверно ниже показателя в контрольной группе ($p < 0,01$). Значительные изменения при госпитализации имели и показатели СОЭ. У 13 пациентов (52%) данный показатель превышал 30 мм/час, у 6 больных (24%) уровень СОЭ находился в пределах 20-30 мм/час, у остальных 6 пациентов (24%) значение СОЭ не превышало 15-20 мм/час. Таким образом, средняя величина СОЭ у больных группы сравнения при поступлении составила $34,92 \pm 2,09$ мм/час. Согласно данным литературы, подобные изменения носят неспецифический характер и

типичны для подострого и хронического воспалительного процесса. Традиционная терапия приводила к постепенному снижению СОЭ, однако достоверные отличия от исходного уровня ($p < 0,05$) были отмечены лишь к 9-10 суткам после начала лечения ($21,36 \pm 2,47$ мм/час). Таким образом у больных группы сравнения при поступлении имелись отклонения в гемограмме, связанные с воспалительной реакцией. Традиционное лечение одонтогенной флегмоны челюстно-лицевой области у беременных приводило к постепенной относительной нормализации показателей гемограммы лишь к 5-7 суткам госпитализации.

Для примера приводим выписку из истории болезни:

Больная Б-а, 53 года, история болезни № 7296, поступила в клинику челюстно-лицевой хирургии 19.11.2012г., с диагнозом: Одонтогенная флегмона поднижнечелюстной области справа от 4.7 зуба.

Жалобы: на общее недомогание, слабость, болезненную припухлость в поднижнечелюстной области справа, затрудненное открывание рта, боли при глотании.

Анамнез заболевания: больной себя считает 9 дней, когда появились боли в области 4.7 зуба. Через два дня появилась припухлость поднижнечелюстной области справа, боли при глотании. На следующий день обратилась к стоматологу по месту жительства, пациентка была направлена в 3-клинику ГМА, отделения ЧЛХ для стационарного лечения.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, температура тела $37,6^{\circ}\text{C}$, АД 130/90 мм.рт.ст., пульс 78 уд/мин., ритмичный. Сопутствующая патология: сахарный диабет 2 тип.

Местно: отмечается слабоболлезненный инфильтрат в поднижнечелюстной области справа, кожа над ним в цвете незначительно гиперемирована, отёчная, напряжена, флюктуации не определяется. Открывание рта ограничено до 2,5 см. В полости рта: 4.7 зуб разрушен более 2/3, перкуссия болезненна слизистая вокруг зуба гиперемирована, отёчная, пальпация болезненная, без признаков

флюктуации. Полость рта не санирована – см. ортопантомограмму больной Б-ой от 27.03.2012г. (см. рис.3.2.4.).

Общий анализ крови от 27.11.2012г.: эритроциты $-3,6 \cdot 10^{12}/л$; гемоглобин - 110 г/л; цветной показатель - 0,9; лейкоциты - $6,3 \cdot 10^9/л$; эозинофилы – $0 \times 10^9/л$; палочкоядерные – $0,063 \cdot 10^9/л$; сегментоядерные – $4,09 \cdot 10^9/л$; лимфоциты – $2,07 \cdot 10^9/л$; моноциты – $0,56 \cdot 10^9/л$; СОЭ - 39 мм/час.

Операция: 27.11.2012г. «Вскрытие, санация и дренирование флегмоны поднижнечелюстной области справа, удаление 4.7,48 зубов». Под общим обезболиванием произведено вскрытие флегмоны, удалены 4.7,4.8 зубы. Получен гной, рана дренирована. Назначена антибактериальная, противовоспалительная, дезинтоксикационная терапия, ежедневная обработка раны 3% раствором перекиси водорода, раствором натрия гипохлорита 0,06%.

Несмотря на проводимое традиционное лечение, у больной отмечалось формирование вторичного гнойного затёка, что потребовало ревизии раны (30.11.12 г.), отделяемое гнойного экссудата сохранялось до десяти дней, грануляции формировались к 11-му дню госпитализации.

Выписана на амбулаторное лечение по месту жительства 07.12.12 г. Общий анализ крови от 04.12.2012г.: эритроциты – $3,8 \cdot 10^{12}/л$; гемоглобин - 116 г/л; цветной показатель - 0,89; лейкоциты – $6,7 \cdot 10^9/л$; эозинофилы - $0 \cdot 10^9/л$; палочкоядерные – $0,26 \cdot 10^9/л$; сегментоядерные – $5,2 \cdot 10^9/л$; лимфоциты – $0,6 \cdot 10^9/л$; моноциты – $0,60 \cdot 10^9/л$; СОЭ - 20 мм/час.

Показатели общего анализа мочи во все сроки наблюдения – в пределах физиологических границ.

При изучении показателей крови были выявлены статистически значимые отличия, как в самих группах, так и между сравниваемыми группами пациентов. Так, у пациентов группы 1 СОЭ в день поступления (проба 1) была выше, чем в первый день клинического выздоровления (проба 2) и составила соответственно $26,97 \pm 14,9$ мм/ч и $16,54 \pm 7,26$ мм/ч, $p=0,0003$, ($p<0,001$). Аналогичное сравнение в группе пациентов также выявило статистически значимое снижение СОЭ ко дню клинического выздоровления: СОЭ в пробе 1 составила $33,51 \pm 12,7$ мм/ч, в пробе

2 – $26,76 \pm 11$ мм/ч, $p=0,003$, ($p<0,001$). Количество лейкоцитов к моменту клинического выздоровления в группах 1 и 2 статистически уменьшалось относительно дня поступления, $p=0,0008$ и $p=0,001$, ($p<0,001$), соответственно. СОЭ в первый день клинического выздоровления в группе 1 было ниже, чем в группе 2: $16,54 \pm 7,26$ мм/ч и $26,76 \pm 11$ мм/ч, $p=0,0008$, ($p<0,001$). Количество лейкоцитов в день поступления в группе пациентов с флегмоной одного клетчаточного пространства составило $11,1 \pm 4,02 * 10^9$ г/л. В группе 2 данный показатель был равен $13,61 \pm 4,45 * 10^9$ г/л, что было статистически выше, чем в группе 1, $p=0,021$, ($p<0,05$).

3.2 Результаты бактериологических исследований в гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области.

Проблема совершенствования диагностики и лечения воспалительных заболеваний челюстно–лицевой области является одной из наиболее актуальных в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Гнойно-воспалительные заболевания по этиологии является инфекционно-воспалительным процессом, т.е. причиной развития является микроорганизмы. Поэтому общей задачей при лечении больных с гнойно-воспалительными процессами включает комплекс мероприятий направленных воздействию как на организм больного, так и на возбудителей. [11,79,92]

Современное развитие науки позволило разработать и внедрить в диагностическую практику совершенные, информативные и достоверные методы исследования, позволяющие по новому оценить этиологию и патогенез воспаления, уточнить некоторые неясные до недавнего времени этиопатогенетические механизмы. [6,26]

Механизмы возникновения, развития и течения воспалительных заболеваний, различных их форм и типов реактивности организма неразрывно связаны. Комплексный подход к диагностике, прогнозированию и лечению данной патологии на современном этапе требует учета количества и таксоно-мических характеристик микробных агентов в ассоциациях, в связи с частотой встречаемости. Необходимо оценивать также состояние и функциональную

активность факторов, обеспечивающих неспецифическую резистентность и иммунитет макроорганизма (Царёв В.Н., 1993-2001; Воложин А.И. и соавт., 1992-2001; Робустова Т.Г. и соавт., 1990-1996).

В последние годы анаэробная инфекция вновь привлекла внимание не только хирургов, а также привлекла внимание челюстно-лицевых хирургов в связи с увеличившейся частотой, тяжестью течения и трудностями лечения больных с гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Более того, отмечена тенденция к увеличению числа случаев распространением процесса в несколько клетчаточных пространств и не поддающихся общепринятым лечебным мероприятиям. [8]

Поскольку главным этиологическим фактором гнойно-воспалительных процессов являются микроорганизмы, то важнейшее значение имеет воздействие на патогенную микрофлору - применение антибактериальных препаратов, как широкого спектра действия, так и с учетом чувствительности флоры.

Основной составной частью противовоспалительного лечения является применение антибиотиков и сульфаниламидных препаратов. Антибиотики назначают с учётом индивидуальной чувствительности к ним возбудителей заболевания. До определения чувствительности микробов к антибиотикам обычно внутримышечно используют препараты широкого спектра действия.

Необоснованное применение различных комбинаций антибиотиков и их ударных доз может привести (как правило, в отсутствие данных бактериологического исследования) к возникновению различных осложнений, таких как аллергизация больного, развитию дисбактериоза и кандидоза. [64,80]

Изменение видового состава микрофлоры гнойных ран, появление новых ассоциаций микроорганизмов, повышение их устойчивости к антибиотикам диктует современным исследователям поиск новых путей терапии ГВЗ ЧЛЮ.

Хирургическое лечение дополняется обычно внутримышечным или внутривенным введением антибиотиков, которые в настоящее время, несмотря на возрастающую устойчивость к ним гноеродной инфекции, широко применяются в клинике. При применении антибиотиков надо учесть, что в

возникновении распространённых флегмон, помимо аэробной микрофлоры, могут участвовать и анаэробы. Выбор антибиотиков, по возможности, необходимо проводить с учётом чувствительности к ним анаэробной микрофлоры (Захарова Г.Н., Булькин В.А., 2004).

У 74 больного с одонтогенным флегмонами и абсцессами во время операции были проведены бактериологические исследования отделяемого. Результаты количественного исследования выражали в колониеобразующих единицах КОЕ/мл. Частоты встречаемости штаммов тех или иных видов выражали в % по отношению к общему количеству изучаемых контингентов. У 68 больных были выделены различные виды бактерии, у 6 больных (8,1%) возбудителей выделен не был.

В таблице 7 представлены результаты микробиологического обследования.

Результаты бактериологических исследований отделяемого гноя у больных с одонтогенным флегмонам.

Таблица 7.

№	Выделенные микроорганизмы	Показатели выделенных микроорганизмов	
		Частота встречаемости %	Кое/мл lg
1	<i>Общие аэробы и факультативы</i>	84/131-64, 1	5,37 ± 0,08
2	<i>Staph.epidermidis.</i>	14/131-10,7	5,07 ± 0,20
3	<i>Staph. aureus.</i>	31/131-23,7	5,91 ± 0,14
4	<i>Str. pyogens</i>	16/131-12,2	5,29± 0,17
5	<i>E. coli</i>	8/131-6,1	4,80 ± 0,12
6	<i>Klebsitellasp.</i>	8/131-6,1	4,46 ± 0,10
7	<i>Ps.airuginosa</i>	7/131-5,3	5,09 ± 0,13

8	<i>Умумий анаэроблар</i>	47/131-35,9	6,05 ± 0,11**
9	<i>Bacteroidessp.</i>	19/131-14,5	6,26 ± 0, 18
10	<i>Viellonellasp.</i>	8/131-6,1	6,08 ±0,11
11	<i>Fusobateriusp.</i>	9/131-6,9	5,83 ± 0,12
12	<i>Ptptacoccussp.</i>	11/131-8.4	5,99 ± 0,21

Примечание: Достоверность различия от общих аэробов и факультативов(* - P<0,05).

Как видно из таблицы, у 68 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ всего было выделено 131 штаммов микроорганизмов. Из них 84 штаммов (64,1%) принадлежало к аэробом и факультативным анаэробам. Среди аэробов и факультативных анаэробов чаще всего было выделено 23,7 *Staph. aureus*. *Str. Pyogens* было выделено у 16 больных (12,2%), а *Staph.epidermidis* у 14 больных (10,7%). Эти результаты свидетельствует о том что, *Staph. aureus* встречается 2 раза чаще чем остальных кокков и 3,95 раза чаще чем гамм-отрицательных палочек. Из этих цифр можно сделать вывод что, *Staph. Aureus* играет огромную этиологическую роль в развитии гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ.

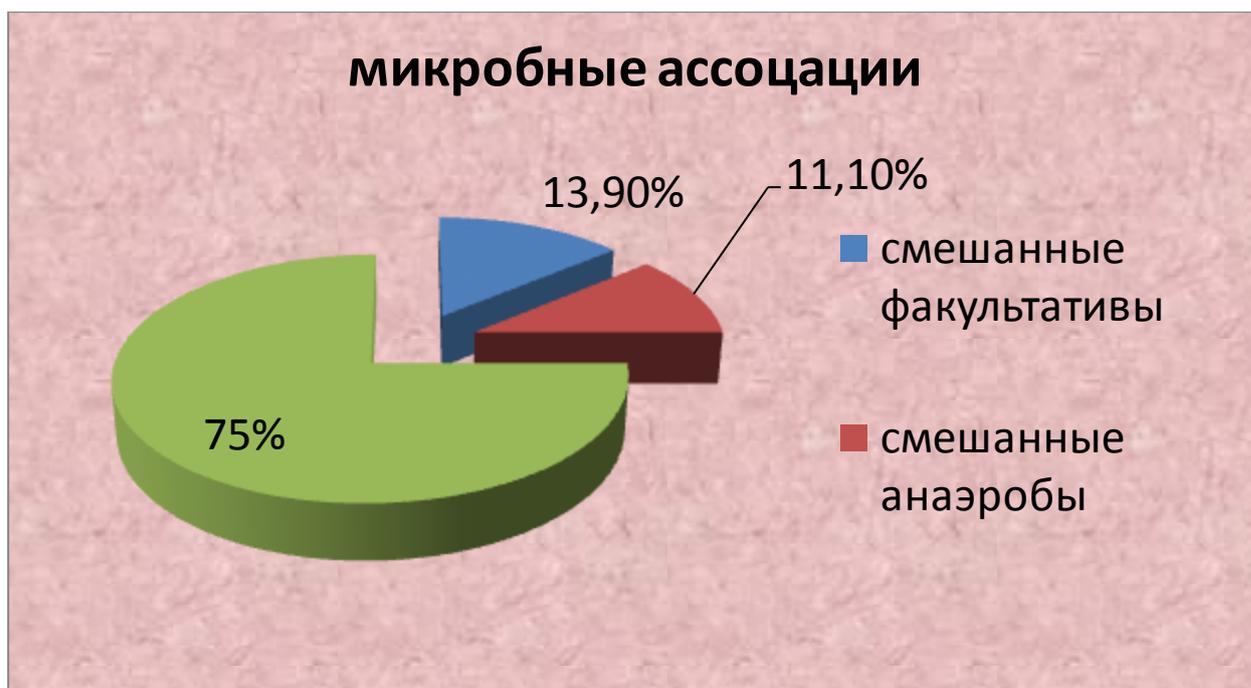
У больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ были выделены 47 штаммов облигатных анаэробных микроорганизмов (35,9%). Если сравнит этот показатель с частотой встречаемостью аэробов и факультативных анаэробов то получается облигатные анаэробы встречается 1,8 раза реже них. Среди облигатных анаэробов чаще всех встречается *Bacteroidessp.* Но самое интересное в том, что количественный показатель облигатных анаэробов достоверно выше чем факультативных (P<0,001).

Во многих литературах пишется что, бактерии, играющие основную этиологическую роль в развитии гнойно-воспалительных заболеваниях ЧЛЮ встречаются в основном в ассоциациях. Мы тоже, анализируя полученных данных, взяли следующие результаты. (2-рисунок.)



1-рисунок. Показатели выделенных моно и ассоциированных микроорганизмов у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ.

Из рисунки видно, что из 68 бактериологический исследованных больных у 32 больных зарегистрированы моноинфекция (47,1%). У 36 больных гнойный процесс был развит из-за ассоциаций микробов (52,9%). В качестве моноинфекции у 20 больных выделялись *Staph. Aureus* (29,4%), у 8 больных *Str. Pyogens* (11,7%), у 3 больных *Staph.epidermidis*(4,4%) и только у 1 больного выделялись *Bacteroidessp* (1,5%). Из этих данных видно, что в моноинфекции гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ основную этиологическую роль играет *Staph. aureus* . Анализируя данные микробных ассоциации мы получили следующие результаты (3-рисунок).



2-рисунок.

Показатели выделенных ассоциированных микроорганизмов у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО.

Как свидетельствует диаграмма, у 59,2% больных гнойно-воспалительный процесс развивается из-за микробных ассоциаций. В ассоциации, у 5 больных гнойный процесс развивался в связи с факультативными анаэробами (13,9%), у 4 больных встречались облигатные анаэробы, а у 23 больных заболевания развивался из-за смешанных факультативов вместе с анаэробами (75%). Таким образом, в развитии гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО во многих случаях микробных ассоциации играет роль факультативы с облигатными анаэробами.

По мнениям многих авторов, клиническое течение гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО зависит от состояния иммунного статуса организма, от его физиологических изменений и от сопутствующих заболеваний. Исходя из этого, мы тоже целились на изучении влияния физиологических изменений организма (беременность) и сопутствующих заболеваний на клиническое течение гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО.

Обследованные 68 больные были разделены на 3 группы. Первая группа состоит из 26 больных, не имеющих сопутствующих заболеваний (38,2%). Вторая группа состоит из 18 беременных (26,5%) заболевших гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО, а третья группа состоит из 24 больных страдающих от сахарного диабета (35,3%). Полученные результаты даны в таблице.

Из таблицы видно, что от 26 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО не страдающих с сопутствующими заболеваниями были выделены 31 штамм бактерии.

В этой группе больных среди аэробов и факультативных анаэробов отчетливо наблюдается тенденция к достоверному увеличению удельного веса *Staph. aureus* 45,4%; *Str. pyogens* было выделено у 5 больных (16,1%) ; а *Staph.epidermidis* выделено у 4 больных (12,9%). Кроме этого, у 2 больных встречался *Ps.airuginosa* а у 1 больного кишечная палочка. Облигатные анаэробы встречались у 4 больных , из них *Bacteroidessp* в 6,4% и *Viellonellasp.*, *Ptptacoccussp.* В 3,2%.

Таким образом, 31 штаммов бактерии выделенные от больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО без сопутствующих заболеваний состоит из 85,1% общих аэробов и факультативных бактерии, а у 8,9% облигатных анаэробов.

У 26 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО без сопутствующих заболеваний в 80,8% случаев заболевание развивался из-за монокультуры. У остальных 19,2% больных заболевание развивался из-за микробных ассоциации.

Результаты показывает что, только у 2 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО без сопутствующих патологии выделено облигатная аэробная бактерия *Ps.airuginosa* (6,5%), у 12,9% случаев выделено облигатные анаэробы и у 80,6% больных факультативные анаэробы.

Показатели выделенных бактерии от гнойных отделяемых больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ.

таблица 8.

№	Выделенные микроорганизмы	Больные без сопутствующих заболеваний n= 26		Беременные женщины n=18		Больные с сахарным диабетомn= 24	
		Частота встречаемости %	КОЕ/мл lg	Частота встречаемости и %	КОЕ/мл lg	Частота встречаемости и %	КОЕ/мл lg
1	<i>Умумий аэроб ва факультативлар</i>	27/31-87,1	5,90 ±0,17	24/31-77,4	5,61± 0,09	33/69-47,8	4,48 ± 0,18** °°
2	<i>Staph.epidermidis.</i>	4/31-12,9	5,89 ±0,24	2/31-6,4	5,19 ±0,0	8/69-11,6	4,62 ± 0,17** °°
3	<i>Staph. aureus.</i>	15/31-45,4	6,01 ±0,19	10/31-32,3	6,26±0,23	6/69-8,7	5,08 ± 0,09** °°
4	<i>Str. pyogens</i>	5/31-16,1	5,93 ±0,16	5/31-16,1	5,88 ±0.32	6/69-8,7	4,56 ± 0,09** °
5	<i>E. coli</i>	1/31-3,2	5,47 ± 00	3/31-6,8	5,46 ± 0.21	4/69-5,8	4,63 ± 0,08** °
6	<i>Klebsitellasp.</i>	-	-	3/31-6,8	5,38 ±0.28	5/69-7,2	4,61± 0,18 °
7	<i>Ps.airuginosa</i>	2/31-6,4	5,19 ± 00	1/31-3,2	5,48 ±00	4/69-5,8	4,91 ± 0,16
8	<i>Умумий анаэроблар</i>	4/31-8,9	5,40 ±0,18	7/31-22,6	5,67 ± 0,13	36/69-52,2	6,18± 0,12**

							°°••
9	<i>Bacteroidessp.</i>	2/31-6,4	4,45 ±00	3/31-6,8	5,33 ±0,24	14/69-20,3	6,40 ± 0,10***°°
10	<i>Viellonellasp.</i>	1/31-3,2	5,60 ±00	1/31-3,2	4,90 ±00	6/69-8,7	6,29 ± 0,14
11	<i>Fusobateriusp.</i>	-	-	1/31-3,2	5,69±00	8/69-11,6	5,86± 0,13
12	<i>Peptacoccusp.</i>	1/31-3,2	5,10±00	2/31-6,4	5,65±00	8/69-11,6	6,09± 0,21

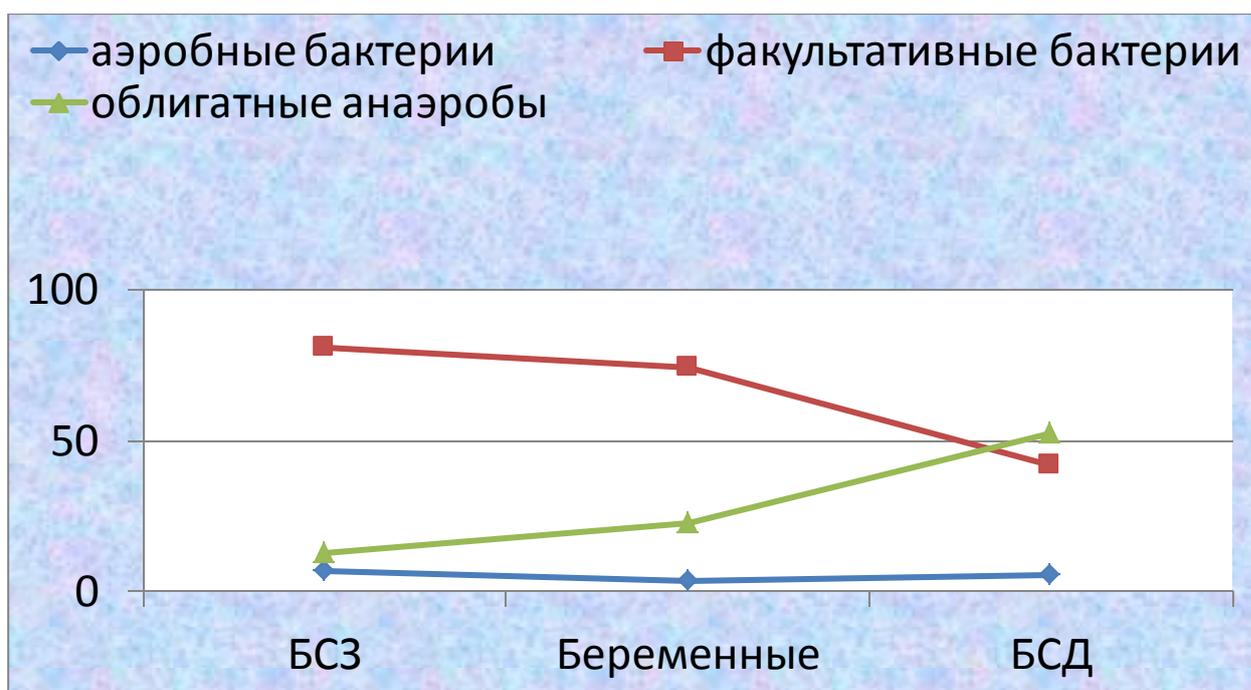
Примечание: *- P<0,05; **-P< 0,001 от первой группе; °- P<0,05; °°-P<0,001 от второй группе;•- P<0,05; ••-P< 0,001от общих аэробов и факультативов.



3-рисунок. Показатели выделенных моно и смешанных микроорганизмов у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО в зависимости от сопутствующей патологии.

Как показывает диаграмма, этиологическую роль в развитии гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО у больных без сопутствующих заболеваний в основном играет монокультуры или факультативные анаэробы. Но, надо утвердит что, между факультативными и облигатными анаэробами не выявлено достоверных различий ($P > 0,05$). (таблица 8.)

Вторая группа состоит от 18 беременных женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО, из них тоже во время операции взяли патологический материал для бактериологических исследований. Полученные результаты сравнивали с результатами первой группе. Результаты бактериологических исследований даны в таблице и рисунке.



4-рисунок . Показатели выделенных возбудителей у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ в зависимости от сопутствующей патологии (от общего количества штаммов бактерии).

Таким образом, 31 штаммов бактерии, выделенные, от 18 беременных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ состоит из 77,4% общих аэробов и факультативных бактерии (24), а у 22,6% облигатных анаэробов. По сравнению с первой группе у беременных облигатные аэробы и факультативные бактерии встречались 0,9 раза реже, а облигатные анаэробы 2,5 раза чаще. Эти показатели влияют и на качественные показатели бактерии. Если, *Staph. Aureus* в первой группе встречался у 45,4% больных, то во второй группе уменьшилась до 32,4%. Кроме этого, процент *E. coli*, *Klebsitellasp.u* *Peptacocussp.* заметно увеличились. У беременных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ процент монокультуры уменьшилась на 25,2% по сравнению с первой группе, а смешанная культура увеличивалась на 25,2%. (5-рисунок) В развитии гнойно-воспалительных заболеваниях, именно гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области количественные показатели возбудителей играет огромную роль. У беременных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ, в отличие, от первой группе, наблюдалась уменьшение количественных

показателей выделенных факультативных бактерии отделяемого, но несмотря на это, между ними достоверных уменьшений не наблюдалась ($P > 0,05$). А количественные показатели облигатных анаэробов достоверно увеличивалась по сравнению с первой группе ($P < 0,001$). Таким образом, у беременных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ удельный вес облигатных анаэробов была выше по сравнению с контрольной группе.

Как свидетельствует полученные результаты, в развитии гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ у беременных во многих случаях этиологическую роль играет монокультуры или факультативные анаэробы. Но надо иметь в виду что, в этой группе больных процент микробных ассоциаций 2,3 раза увеличивалась по сравнению с первой группе.

К третью группу входило 24 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ страдающих от сахарного диабета. Из этих больных в результате бактериологических исследований было выделено 69 штаммов бактерии. Полученные результаты даны в таблице и рисунке.

Из приведенных данных можно узнать что, в развитии гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у диабетиков доминирует анаэробы, чем факультативных бактерии. Из 69 штаммов бактерии выделенных от диабетиков 33 принадлежало к аэробам и факультативом и они составляет 47,8%, это 1,8 раза реже по сравнению с первой группе и 1,6 раза реже по сравнению с второй группе. Иначе говоря, у диабетиков с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ в 52,2% случаев заболевание развилась из-за анаэробных инфекции. Если, у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ без сопутствующих заболеваний *Staph. aureus* выделялись в 45,4% наблюдений, *Str. Pyogens* в 16,1% наблюдений, а у диабетиков эти показатели для обоих штаммов составляло 8,7%; *Staph. aureus* 5,2 раза, а *Str. pyogens* 1,9 раза реже встречалось. В третьей группе у 9 больных зарегистрировано кишечные бактерии, в первой группе они зарегистрированы у 1 больного, во второй группе у 6 больных. Интересные результаты получены при изучение облигатных анаэробов. Из этой группе было выделено 36 штаммов облигатных анаэробов. Этот показатель в первой группе

составлял 4 (8,9%), а во второй группе 7 (22,6%), если сравнит их с третьей группой, то получится, что в третьей группе они встречались 5,9 раза чаще по сравнению с первой группой; 2,3 раза чаще по сравнению с второй группой. Среди облигатных бактерии преобладает *Bacteroidessp* (20,3%), *Fusobateriusp.*, *Peptacoccusp* (11,6%). Кроме этого, у 3 диабетиков с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ заболевание развилась из-за монокультуре (12,51%), а в остальных случаях микробные ассоциации (87,5%) играли роль в развитии гнойно-воспалительного процесса (рисунок). В свою очередь, это отрицательно влияет на количественные показатели факультативных патогенов. Общий количественный показатель факультативных патогенов достоверно снизилось по сравнению с первыми и вторыми группами ($P < 0,001$).

Диспропорция между факультативными и облигатными анаэробами выделенных у диабетиков с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ отрицательно влияет на клиническое течение заболевания. Не только частота встречаемости облигатных анаэробов увеличивалась, но и их количественные показатели тоже резко возросло. Во первых, это характеризуется с увеличением штаммов *Bacteroidessp*. Если, в первой группе *Bacteroidessp* встречался до $4,45 \pm 0,0$; то в третьей группе, отчетливо наблюдается тенденция к увеличению до $6,459 \pm 0,14$ КОЕ/г, это показатель по сравнению с первой группой 4 раза, а по сравнению с второй группой 2,55 раза выше. Различие между группами статистически достоверно ($P < 0,001$). В третьей группе частота встречаемости *Bacteroidessp* 125 раза увеличивалась по сравнению с первой группой, 2,7 раза увеличивалась по сравнению с второй группой. Такие показатели свойственны и для других видов облигатных анаэробов.

Таким образом, в ходе бактериологических исследований отделяемого гноя от больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ мы получили интересные результаты. В результате бактериологического анализа выявлено что, у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ без сопутствующих заболеваний в этиологии болезни главную роль играет грамм положительные

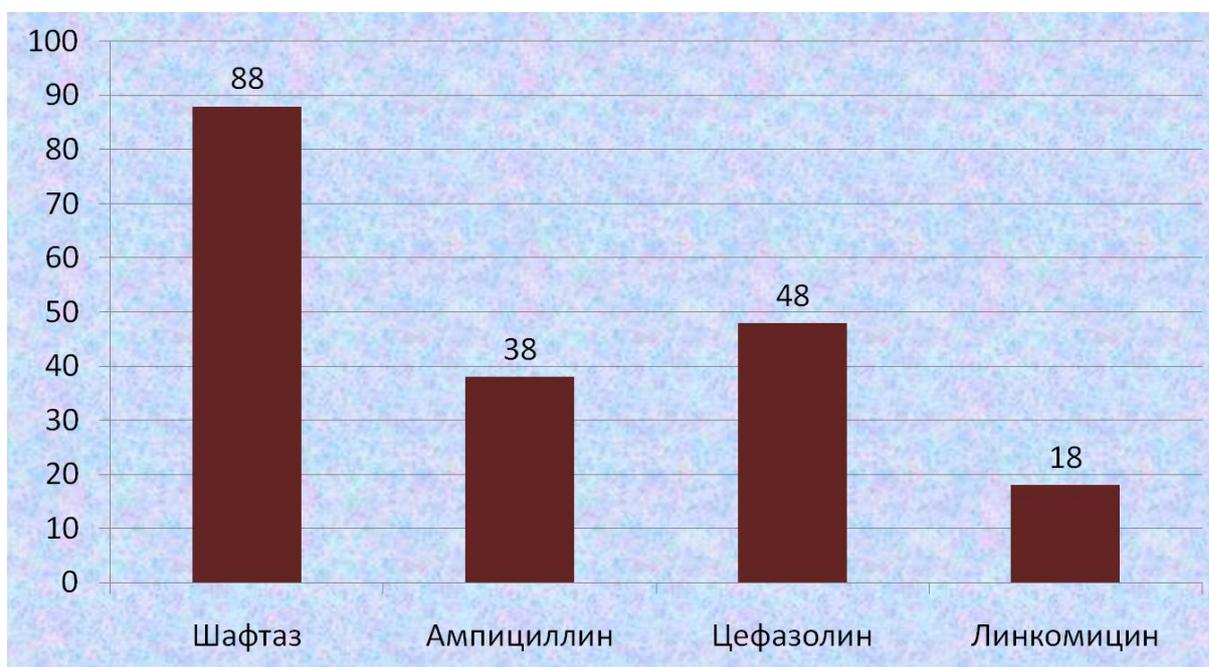
кокки. В этой группе они составляют 74,4% от общего числа бактерии. У 80,7% больных грамм положительные кокки встречаются в качестве моноинфекции.

Реактивность организма и сопутствующие заболевание существенно влияет на клиническое течение гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ. Полученные нами результаты тоже утверждает этого. Как свидетельствует полученные данные, достоверное снижение реактивности организма и местного иммунитета в полости рта у беременных и больных с сахарным диабетом приводит к увеличению микробных ассоциации и облигатных анаэробов в этиологии гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ .

В рациональной терапии гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ антибиотикотерапия играет основную роль. Применение в лечение гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ получения информацию о возбудителей и определить их чувствительность к антибиотикам не только сокращает время пребывания больного в стационаре, но и предохраняет от перехода к хронической форме болезни.

В последние годы, по данным многих авторов, в разных регионах чувствительность бактерии к антибиотикам имеют свои особенности. Кроме этого, в последние годы резистентность патогенных бактерии к популярным антибиотикам увеличивается, потому что многие бактерии «научились» синтезировать β -лактамазу. Нам известно что, если бактерии синтезирует β -лактамазу, то они становится резистентными к антибиотикам содержащий β -лактам, к таким антибиотикам в основном относится группа пенициллинов и цефалоспоринов. Чувствительность бактерии выделенных от гноя больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ к антибиотикам определялось с помощью метода бумажных дисков. Полученные данные приведены в рисунке. В ретроспективном анализе антибиотикограмму определили что, у 13 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ лечения начиналась с Шафтазом, у 9 больных с ампицелином, у 7 больных с цефозалином и у 11 больных лечения начиналась с линкомицином. Как свидетельствует полученные данные, микроорганизмы, играющие главную роль в развитии гнойно-воспалительных

заболеваний ЧЛЮ в 88-95% случаях чувствительны к Шафтазу, в 48-57% случаях к цефозалину, в 39-50% случаях к пеницилину и ампицилину и в 18-59% случаях чувствительны к линкомицину.



5-рисунок. Уровень чувствительности к антибиотикам выделенных микроорганизмов.

Результаты лечению мы оценивали, по улучшению состояние больного (снижение температуры тела, утихание боли), уменьшению выделение гноя из воспалительного очага и уменьшению количественных показателей бактерии в повторных бактериологических исследованиях. У больных, леченных с Шафтазом, уже в 2-3 сутки регистрировалась положительные изменения в динамике заболевания. А у больных, леченных с пеницином и цефозалином, положительные изменения в динамике заболевания регистрировалась в 5-6 сутки. В связи с этом клиническая выздоровления больных первой группе наступала 2-3 дня раньше, чем второй группе. Повторные бактериологические исследования тоже утвердили эффективность примененных антибиотиков: у первой группе больных в 7,6% случаях из воспалительного очага взяли положительный результат, а у второй группе, к которым применены пеницилин и цефозалин, этот показатель составлял 44,5%.

В заключении можно сказать что, в гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области, с первого дня болезни, до получения антибиотикограммы, в качестве стартового антибиотика можно назначать Шафтаз. Этого антибиотика можно рекомендовать к хирургическим клиникам челюстно-лицевой области и поликлиникам. использовать в качестве лекарственного препарата. Еще надо добавить что, определение мониторинга чувствительности к применявшимся антибиотикам в каждые 2-3 месяца имеет большое практическое значение.

3.3. Результаты исследования состояния местного иммунитета

При изучении местного иммунитета полости рта у больных 2- и 3- группы выявлено, что концентрация IgA, IgM и IgG в ротовой жидкости была повышена чем у пациентов группы сравнения (табл.9).

Показатели местного иммунитета полости рта у больных.

Таблица 9.

Показатель	Контрольная группа (n=22)	2-группа	3-группа
Ig A, г/л	0,48 г/л	0,87 г/л	0,57 г/л
Ig G, г/л	0,4 г/л	0,84 г/л	0,55 г/л
Ig M, г/л	0,15 г/л	0,27 г/л	0,22 г/л

* – статистически достоверные отличия от значений показателя в контрольной группе ($p < 0,05$).

Таким образом, выявленные изменения иммунного статуса полости рта отражают наличие гнойного воспаления и свидетельствуют о выраженной стимуляции инфекцией местного врожденного и гуморального звеньев иммунной системы. Следует отметить, что уровни иммуноглобулинов всех классов в ротовой жидкости пациентов 2- и 3- группы достоверно выше, чем у пациентов группы сравнения. Это может быть связано с тем, что даже через неделю стимуляция местного иммунитета инфекционными антигенами приводит к

изменениям состояния гуморального звена иммунной системы и повышению секреции антител в полость рта.

Таким образом, у диабетиков с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области в большинстве случаев бывает недостаточным применения одной антибактериальной терапии и хирургической санации гнойного очага.

Проведённые нами исследования показывают, что в патогенезе данной патологии у пациентов с сахарным диабетом ведущую роль играет вторичная иммунная недостаточность в связи с неконтролируемой гликемией. При этих заболеваниях у диабетиков и беременных необходимо дополнительно включать в схему лечебных мероприятий методы иммунокоррекции. Применение иммуномодулятора в комплексной терапии одонтогенной флегмоны челюстно-лицевой области у пациентов с сахарным диабетом и беременных позволяет стабилизировать иммунный статус организма, что способствует более быстрому купированию воспалительного процесса, снижению количества осложнений, сокращению срока пребывания больных в стационаре. Это является основанием для применения иммуномодулятора в лечении больных с сахарным диабетом и беременных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Число воспалительных процессов челюстно-лицевой области на сегодняшний день, к сожалению, еще не имеет тенденции к снижению. Среди гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в стоматологических стационарах 41-46% составляют одонтогенные флегмоны. Как показывает анализ литературы последних лет, особенно часто стали встречаться флегмоны, охватывающие несколько анатомических клетчаточных пространств лица и шеи, осложняющиеся сепсисом, медиастинитом, тромбозом лицевых вен и черепно-мозговых синусов, абсцессом головного мозга, септическим шоком и т.д.

За последние годы значительно изменился характер течения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Причинами качественных изменений клинического течения воспалительных заболеваний ЧЛЮ являются постоянно меняющиеся экологические факторы и социальные условия, рост резистентных к антибиотикам форм микроорганизмов, нерациональное применение препаратов, неадекватное лечение зубов, а также угнетение иммунологической реактивности организма, которое во многом определяет характер течения воспалительного заболевания и его исход. (Азимов М.И. 2001 г., Нурмаганов С.Б. 2002 г.)

Основным методом лечения воспалительных процессов ЧЛЮ заключается в комплексном проведении консервативных мероприятий и оперативных вмешательств, заключающееся в обязательном вскрытии гнойного очага и рациональном их дренировании.

Для прогнозирования эффективности лечения с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области нами произведён анализ распространённости больных с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области. Изучен архивный материал, включающий анализ 2032 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области, что составило 40,3% от общего числа больных, госпитализированных с гнойно-воспалительными заболеваниями лица и шеи в отделении челюстно-лицевой

хирургии 3-клиники ГМА за 2012-2014 годы. Для решения поставленных задач нами было проведено обследование 68 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ, находившихся в отделении челюстно-лицевой хирургии КБСМП в период с 2012 по 2014 гг.

Все больные (68) были госпитализированы по экстренным показаниям, поступили в отделение в основном на 3-5 сутки от начала заболевания.

Для изучения эффективности комплексной лечения ВЗ ЧЛЮ у больных с сахарным диабетом и беременностью находящихся под нашим наблюдением больных мы разделили на 3 группы:

1-ая группа - контрольная группа (n=26). К нему входят больные без сопутствующей патологии.

2-ая группа – основная группа (n=24).. К нему входят больные, страдающие от сахарного диабета.

3-ая группа- основная группа (n=18). К нему входят беременные с ВЗ ЧЛЮ.

Все больные были вылечены традиционными методами (вскрытие, дренирование, ежедневные перевязки, антибактериальная, десенсибилизирующая, дезинтоксикационная и общеукрепляющая терапия)

Для оценки эффективности комплексного лечения у больных с ВЗ ЧЛЮ использованы данные клинических и лабораторных исследований.

В ходе исследования кроме изучения анамнестических и общепринятых клинических данных, еще проводили общеклинические исследования крови, а также определяли степень интоксикации на основании выяснения лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ).

На основании результатов комплекса проведенных исследований разработана клиническая характеристика течения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у больных с сопутствующей соматической патологии., выделены наиболее значимые показатели. Это позволяет осуществлять раннюю диагностику с целью назначения адекватного этиопатогенетического лечения, а также прогнозировать возможные осложнения и осуществлять их профилактику.

Проведенные клинико-лабораторные, бактериологические обследования с гнойно-воспалительными процессами ЧЛО углубляет представление о патогенезе и клиническом течении .

Важную роль в оценке тяжести воспалительного процесса играют показатели гемограммы, так как они относятся к числу наиболее точных индикаторов состояния организма больного при воспалительных заболеваниях. У всех наблюдаемых нами пациентов гемограмма характеризовалась значительной вариабельностью показателей.

При сравнении клинических характеристик между группой пациентов без соответствующей патологией и группой пациентов с сахарным диабетом выявлены статистически значимые отличия. Продолжительность стационарного лечения в группе 2 был выше, чем в группе 1, $U=317$, $p=0,02$ ($p<0,05$). Число дней с момента начала заболеваний до поступления в стационар в группе 1 было меньше относительно группы 2, $U=296,5$, $p=0,02$ ($p<0,05$). Длительность лихорадки была значительно выше у пациентов 1 группы, $U=233,5$, $p=0,03$ ($p<0,05$). Максимальный подъем температуры тела у больных группы 1 был выше, чем у лиц группы 2 ($p<0,01$).

Местные клинические симптомы заболевания у больных с сахарным диабетом характеризовались длительным медленным развитием гнойного воспаления, и у большинства больных с сахарным диабетом формирование гнояника происходило при удовлетворительном общем состоянии, отсутствием корреляции между общими и местными проявлениями. Несмотря на полноценное хирургическое лечение и традиционную медикаментозную терапию, послеоперационный период характеризовался медленным регрессом воспалительного процесса и отличался торпидным течением, длительным гноетечением на фоне уже образовавшихся грануляций, медленной эпителизацией раны.

В целом, это свидетельствовало о депрессии гомеостатических механизмов регуляции адекватной воспалительно-репаративной реакции, которая теряла свой защитно-приспособительный характер.

Гнойно- воспалительные заболевания по этиологии является инфекционно- воспалительным процессом , т.е. причиной развития является микроорганизмы. Поэтому общей задачей при лечении больных с гнойно- воспалительными процессами включает комплекс мероприятий направленных воздействию как на организм больного , так и на возбудителей. [11,79,92]

У 68 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ всего было выделено 131 штаммов микроорганизмов. Из них 84 штаммов (64,1%) принадлежало к аэробом и факультативным анаэробам. Среди аэробов и факультативных анаэробов чаще всего было выделено 23,7 *Staph. aureus.Str. Pyogens* было выделено у 16 больных (12,2%), а *Staph.epidermidis* у 14 больных (10,7%).

У 26 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ без сопутствующих заболеваний в 80,8% случаев заболевание развивался из-за монокультуры. У остальных 19,2% больных заболевание развивался из-за микробных ассоциации.

У беременных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ процент монокультуры уменьшилась на 25,2% по сравнению с первой группе, а смешанная культура увеличивалась на 25,2%. В развитии гнойно-воспалительных заболеваниях, именно гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области количественные показатели возбудителей играет огромную роль. У беременных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ, в отличие, от первой группе, наблюдалась уменьшение количественных показателей выделенных факультативных бактерии отделяемого, но несмотря на это, между ними достоверных уменьшений не наблюдалась ($P>0,05$).

Из 69 штаммов бактерии выделенных от диабетиков 33 принадлежало к аэробам и факультативом и они составляет 47,8%, это 1,8 раза реже по сравнению с первой группе и 1,6 раза реже по сравнению с второй группе. Иначе говоря, у диабетиков с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ в 52,2% случаев заболевание развивалась из-за анаэробных инфекции. Если, у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ без сопутствующих заболеваний *Staph.*

aureus выделялись в 45,4% наблюдений, Str. Pyogens в 16,1% наблюдений, а у диабетиков эти показатели для обоих штаммов составляло 8,7%; Staph. aureus 5,2 раза, а Str. pyogens 1,9 раза реже встречалось.

Кроме этого, у 3 диабетиков с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ заболевание развилась из-за монокультуре (12,51%), а в остальных случаях микробные ассоциации (87,5%) играли роль в развитии гнойно-воспалительного процесса (рисунок). В свою очередь, это отрицательно влияет на количественные показатели факультативных патогенов. Общий количественный показатель факультативных патогенов достоверно снизилось по сравнению с первыми и вторыми группами ($P < 0,001$).

В ретроспективном анализе антибиотикограмму определили что, у 13 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ лечения начиналась с Шафтазом, у 9 больных с ампицелином, у 7 больных с цефозалином и у 11 больных лечения начиналась с линкомицином. Как свидетельствует полученные данные, микроорганизмы, играющие главную роль в развитии гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ в 88-95% случаях чувствительны к Шафтазу, в 48-57% случаях к цефозалину, в 39-50% случаях к пеницилину и ампицелину и в 18-59% случаях чувствительны к линкомицину.

Результаты лечению мы оценивали, по улучшению состояние больного (снижение температуры тела, утихание боли), уменьшению выделение гноя из воспалительного очага и уменьшению количественных показателей бактерии в повторных бактериологических исследованиях. У больных, леченных с Шафтазом, уже в 2-3 сутки регистрировалась положительные изменения в динамике заболевания. А у больных, леченных с пеницином и цефозалином, положительные изменения в динамике заболевания регистрировалась в 5-6 сутки. В связи с этом клиническая выздоровления больных первой группе наступала 2-3 дня раньше, чем второй группе. Повторные бактериологические исследования тоже утвердили эффективность примененных антибиотиков: у первой группе больных в 7,6% случаях из воспалительного очага взяли положительный

результат, а у второй группе, к которым применены пеницилин и цефозалин, этот показатель составлял 44,5%.

В заключении можно сказать что, в гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области, с первого дня болезни, до получения антибиотикограммы, в качестве стартового антибиотика можно назначать Шафтаз. Этого антибиотика можно рекомендовать к хирургическим клиникам челюстно-лицевой области и поликлиникам. использовать в качестве лекарственного препарата. Еще надо добавить что, определение мониторинга чувствительности к применявшимся антибиотикам в каждые 2-3 месяца имеет большое практическое значение.

При этом формировалась патологическая самоподдерживающаяся система, выходящая в известной мере из-под регулирующего влияния организма. Это отражалось в таких изменениях гемограммы, как лейкопения, высокие показатели СОЭ, которые сочетались с нарушением основных показателей местного и общего иммунитета

Реактивность организма и сопутствующие заболевание существенно влияет на клиническое течение гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ. Полученные нами результаты тоже подтверждает этого. Как свидетельствует полученные данные, достоверное снижение реактивности организма и местного иммунитета в полости рта у беременных и больных с сахарным диабетом приводит к увеличению микробных ассоциаций и облигатных анаэробов в этиологии гнойно-воспалительных заболеваний.

В заключение можно отметить, что проведенные нами бактериологические исследования позволили проводить целенаправленную и эффективную терапию ВЗ ЧЛЮ.

В настоящее время данные об иммунном статусе больных при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области достаточно разрозненны и противоречивы. У значительной части больных с острым гнойно-воспалительным заболеванием лица и шеи имеется гуморальное, клеточное или

сочетанное иммунодефицитное состояние (Дурново Е.А., 2010; Порфириадис М.Н. и соавт., 2010; Cordon N.C.,2003; Agarwall A.K.,2007).

Традиционная терапия, в которой главная роль в медикаментозном сопровождении отводится антибиотикам, у данной категории пациентов не позволяет кардинальным образом изменить сложившуюся ситуацию. В настоящее время большинство авторов признаёт необходимость коррекции вторичного иммунодефицита при вялотекущих воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области (Литовская А.В. и соавт., 2006; Ахмед Салех, 2007; Виткина Т.И., Кытикова О.Ю., 2008). Поэтому в план комплексного лечения больных пожилого возраста с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области при явлениях вторичной иммунной недостаточности следует назначать иммуномодулирующие препараты. Однако, многие авторы указывают на необходимость определённой осторожности при такой терапии и отмечают, что избыточное применение

ВЫВОДЫ

1. У диабетиков с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области наблюдается атипичное торпидное течение воспалительного процесса: вялое течение воспалительного процесса, формирование гнойных затёков, длительное выделение экссудата, сниженная активность репаративных процессов и длительное стационарное лечение без ярких клинических проявлений, с отсутствием корреляции между общими и местными симптомами, угнетением процессов репарации и характеризующееся резистентностью к традиционному лечению:

2. Развитие одонтогенной флегмоны челюстно-лицевой области у беременных и больных с сахарным диабетом происходит на фоне вторичной иммунной недостаточности.

3. В развитии гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО у беременных во многих случаях этиологическую роль играет монокультуры или факультативные анаэробы. Но надо иметь в виду что, в этой группе больных процент микробных ассоциаций 2,3 раза увеличивалась по сравнению с первой группе.

4. У диабетиков с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО в 52,2% случаев заболевание развилась из-за анаэробных инфекции. Кроме этого, у 3 диабетиков с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО заболевание развилась из-за монокультуре (12,51%), а в остальных случаях микробные ассоциации (87,5%) играли роль в развитии гнойно-воспалительного процесса.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Разработка индивидуальных, патогенетически обоснованных, комплексных схем лечения пациентов с острыми и хроническими инфекционными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области должна осуществляться с учетом сопутствующей патологии больных, определяемых на основании интегральной оценки совокупности клинических и лабораторных исследований.

2. В гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области, с первого дня болезни, до получения антибиотикограммы, в качестве стартового антибиотика можно назначать Шафтаз. Этого антибиотика можно рекомендовать к хирургическим клиникам челюстно-лицевой области и поликлиникам. использовать в качестве лекарственного препарата.

3. Определение мониторинга чувствительности к применявшимся антибиотикам в каждые 2-3 месяца имеет большое практическое значение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдиев О.С.- Результаты использования аппликационной терапии- после операционных ран в хирургии (Раны и раневая инфекция). Республиканская конф. у межд. участием «Раны и раневая инфекция». Тез:докл., 20-21 апреля,Андижан, 1995, С. 21.
2. Абдуллаев Ш.Ю. – Клиника , диагностика и лечение больных с флегмонами дна полости рта: Автореф. Дисс . канд .мед. наук- М., 1988. 25с.
3. Адаптационно-физиологические функции клеточного и гуморального иммунитета у больных с флегмонами челюстно- лицевой области.(Э.Юнусходжаев, Н.Н.Бажанов, Д.И.Белокриницкий, А.А.Шелепин.) Стоматология.- 1999. –с 23.
4. Азимов М.И. –Диагностика и патогенетические аспекты терапии воспалительных заболеваний челюстно- лицевой области: Атореф. Д-ра мед.наук. – 1991.-20с.
5. Активность нейтрофилов крови и полости рта у больных флегмонами челюстно- лицевой области при лечении с применением гипербарической сксигенации (Р.В.Ушаков, Т.Г. Робустова, В.Н. Александров и др.) Стоматология. №3 2008. с 24-27.
6. Александров Н.М., Низова Р.Ф. Об изменениях в клиническом течении флегмон одонтогенного происхождения. Стоматология. №2 1995. с 32-33.
7. АлеховаТ.М. Одонтогенный деструктивный остеомиелит челюстей(диагностика,профилактика и лечение). Дисс.канд.мед.наук.Л.,1977. с. 47-49.
8. Антибиотико- чувствительность возбудителей гнойно-воспалительных процессов челюстно- лицевой области и шеи (А.А. Тимофеев, А.М. Солнцев, Т.Г. Войцеховская и др. Стоматология: №7 2002 с 72-75.
9. Антимикробные шовные материалы на основе полипропилена (В.А.Жуковский , С.Ю. Коровичева, Н.И. Мухина и др.) Тез.докл.-киев, 2006 с 142-147.

10. Адилова Ш.Т.Обоснования применения кукмазима в комплексном лечении больных пародонтитом.Автореф.дра. мед наук Т.,1996.
11. Аржанцев П.З., Иващенко Н.И., Силенков В.М.- К вопросу об особенностях течения флегмон лица и шеи в различных климатических условиях(Вопросы рациональной тактики лечения при заболеваниях и повреждениях: тез.докл.конф. - М., 2001. с 156-160.
12. Аманов Ш.Э. Повышение эффективности хирургического лечения хронических гнойных средних отитов у детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.- Ташкент, 2000.- 24 с.
13. Бажанов Н.Н., Чикорин АюК.- ультразвуковая обработка гнойных ран в комплексе терапии флегмон лица и шеи. Стоматология-1984-№1 с 42-45.
14. Бажанов Н.Н., Пашков Е.А. – бактериальная микрофлора при одонтогенных острых гнойных заболеваниях челюстно- лицевой области. Стоматология-2005- №1 с 32-33.
15. Бажанов Н.Н., Брусина Л.И.,- Взаимосвязь показателей функциональной активности фагоцитирующих клеток с состоянием их рецепторного аппарата у больных с острыми воспалительными заболеваниями челюстно- лицевой области. Стоматология-1999-№2 с 34-35.
16. Балабанцев А.Г. , Богданов В.В. , Гончарук В.П.,Красников В.А. Дифференцированный подход к лечению лиц с одонтогенным гайморитом // Журн. Ушных , носовых і горловых хвороб. – 2000.- №2. с.121-124.
17. Баженов Л.Г. – Микробиологическая диагностика гнойно воспалительных заболеваний и пути её усовершенствования.(Конф. «Раны и раневая инфекция») Тез.докл. Андижан 1995. С 12-13.
18. Баженов Л.Г. –Выделение и идентификация строгих анаэробных микроорганизмов при гнойно-воспалительных процессах. Автореф...канд.мед.наук.-М.,1997-19с.
- 19.Беленкий М.Л. Элементы количественной оценки фармакологического эффекта(Рига.2000)-с115.

20. Бернадский Ю.И. , Заславский Н.И. –Гнойная челюстно- лицевая хирургия. Киев., 2003-248с
21. Бернадская Г.П., Тимофеев А.А. Применение Бализ-2 при гнойно-воспалительных процессах в челюстно- лицевой области. Стоматология-1999-№2 с 10-11.
22. Безруков В.М., Сеткин В.А., - Современные принципы лечения больных с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно- лицевой области.(Труды 7 Всес.съезда стоматологов, Ташкент 11-15,1991-М с114-120.
23. Белоцкий С.М.,- Механизм защиты от гнойной инфекции. Иммунология 2005- с12-20.
24. Биберман Я.М., Стародубцев В.С.,- Изменение состава и свойств микрофлоры при абсцессах и флегмонах челюстно- лицевой области. Стоматология-2003-№1 с 34-35.
25. Биберман Я.М., Стародубцев В.С., - Антисептики в комплексном лечении больных с около челюстными абсцессами и флегмонами. Стоматология-1996-№6 с 25-27.
26. Биохимические тесты для диагностики воспалительных заболеваний челюстно- лицевой области.(Куликова В.С., Сукачёв В.А.) . Стоматология-2008- №3с 44-45.
27. Бадалян В.А., Рабухина Н.А., Григорянц Л.А. Динамика заживления периапикальных деструктивных поражений в рентгенологическом изображении // Стоматология.– 2000.– №2.–С.12–16.
28. Бижко И.П., Слесаренко С.В.- Местное лечение ожоговых ран с применением сорбентов (Тез.докл.6-Респ. Конф .Донецк-1998-с 84-85 .
29. Булькин В.А. – Регионарное внутриартериальное введение лекарственных веществ при тяжёлых воспалительных заболеваниях челюстно- лицевой области. Дисс. ... канд.мед.наук- Саратов 1999-214с.
30. Вайман М.А.- Диагностика и лечение воспалительных заболеваний околоносовых пазух анаэробной этиологии: Автореф. Дис. Канд.мед.наук – М.,1998-18с

31. Васильева Т.С., Григорьева И.А., Субботко О.А. - методика оценки материалов с прологированным лечебным действием(Новые разработки в области производства текстильных изделий медицинского назначения:-М., 1999- с 30-35.
32. Васильев Г.А. Робустова Т.Г.- Одонтогенные воспалительные заболевания- периодонтит, периостит, остеомиелит челюстей, абсцессы и флегмоны.(Хирургическая стоматология)2000-с 141-234.
33. Вагнер Е.А. Субботин В.М., Росновский А.А. Одонтогенный медиастенит (Вестник хирургии.) 2001-№9 с 14-18.
34. Габриэлян Н.И., Дмитриев А.А., Кулаков Г.П. Диагностическая ценность определения средних молекул при неврологических заболеваниях . Клин.медицина -1997-№10 с 38-42.
35. Гололобов В.Г. Регенерация костной ткани при заживлении огнестрельных переломов. СПб.: "Петербург - XXI век", 1997. -8 с.
36. Гофман В.Р., Бондарук В.В. Новый подход к диагностике латентных синуситов. Рос риноп 1998; 2: 23-24.
37. Гостищев В.К.,Затолокин В.Д.,Сажин В.П.Бактериальные протеолитические ферменты в гнойной хирургии.-Воронеж,1999-83с
38. Гетьман И.И. Микрофлора при нагноительных процессах челюстно- лицевой области и её чувствительность к антибиотикам. Стоматология 2001 № 2, с85-86.
39. Гук.А.С. Особенности клиники, диагностики и лечения одонтогенных заболеваний челюстно- лицевой области с участием неспорообразующих анаэробов: Автореф. Дис.канд.мед наук-М.,1995-23с.
40. Громова В.М.- Клиническое значение определения метаболитов фенилаланина и тирозина при вирусном гепатите: Автореф. Дисс.канд.мед.наук.-Ленинград 1994-с 15.
41. Гофман В.Р., Повзун С.А., Киселев А.С., Ткачук И.В. Морфологическое обоснование показаний к оперативному вмешательству на околоносовых пазухах. Рос риноп 1998; 2: 33.
42. Диагностическое значение уровня молекул средней массы в крови при оценке тяжести эндотоксемии . Вест.хирургии.1996 №8-с 126-129.

43. Дмитриева Н.А., Хазанова В.В.- особенности возбудителей различных воспалительных процессов в челюстно- лицевой области. Стоматология 1996.Т75.№6 с28-32.
44. Динамика показателей качества жизни пациентов в зависимости от вида ринологических вмешательств // Вестник оториноларингологии. Приложение: Материалы IV Российской конференции оториноларингологов.- 2005.-№5.- С.238-239.(соавт. Косяков С.Я., Очиров В.Н., Пискунов Г.З.)
45. Дусмухамедова Х.К. Распознавание и прогнозирование гнойного и деструктивного одонтогенного остеомиелита нижней челюсти у детей в острой фазе заболевания:Автореф.дисс.канд.мед.наук-Ташкент, 1994-16с.
46. Дусмухамедов З.М. Применение гипербарического оксигенации и экдистена в комплексном лечении гнойно- воспалительных заболеваний челюстно- лицевой области у детей: Автореф.канд.мед.наук- Ташкент, 1997-17с.
- 47.Жахбаров А.Г.- Озоно воздушная терапия и гипербарическая оксигенация в комплексе лечения больных с острыми одонтогенными воспалительными процессами челюстно- лицевой области.:Автореф.дисс...канд.мед.наук. Алматы.,1998-23с.
48. Ефимов Ю.В. Хирургическое лечение околокорневых кист челюстей.// Стоматология. - 1993. - №3. - С.26-27.
49. Захарова Г.Н., Булькин В.А.-Пути снижения осложнений у больных с тяжёлыми воспалительными заболеваниями челюстно- лицевой области.//стоматология-2004-Т.66. с37-39.
50. Зыбин В.А. Вторичные швы при лечении одонтогенных флегмон.-В кн: 2-респ.Научн.практ.конфер.врачей Бурятии.1990.с192-194.
51. Ивченко В.Н.-Анаэробная не спорообразующая инфекция в хирургии (Обзор лит)//Вестн.хирургии-2000.№7.с 131-137.
52. Использование биотехнологических материалов и методов в гнойной хирургии / Ю.А.Хавкин, В.Т.Сахаутдинов,/Мед.наук.практ. Тез.докл.конф...Уфа-1999 с 53-54.

53. Ишанходжаева Ф.У.- Одонтогенные воспалительные процессы челюстно-лицевой области.-Автореф.канд.дисс,Ташкент 1989-21с.
54. Каршиев Х.- Острые гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и их лечение с учётом функционального состояния печени. Дисс...канд.мед.наук. Ташкент 1991-109с.
55. Касымов А.И.-Комплексное лечение больных с флегмонами челюстно-лицевой области с применением низкочастотного лазерного излучения: Автореф.дисс...канд.мед.наук-Калинин-1987 с17.
56. Козлов В.А. Неотложная стационарная стоматологическая помощь.// Медицина, -1998-236с.
57. Кручинский В.Г. , Филиппенко В.И. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. – Минск: , 1991.- 185с.
58. Лесовая Н.Д., Лундина Л.С. Лечение гнойно-гнилостных флегмон дна рта// Актуальные вопросы стоматологии, Полтава, 1991. с 82-83.
59. Ломницкий И.Я., Гоцко Е.В. Лечение одонтогенных инфицированных дефектов челюстей // Стоматология.–1991.– №3.–С. 7–9.
60. Лаврищева Г.И.,Горохова Г.П. Вопросы репаративной регенерации костной ткани. //Стоматология. —2003. —№3. —С.65-67.
61. Лечение больных с одонтогенными флегмонами дна полости рта и шеи//А.Д.Каргер, Б.В.Шумнов,/ Актуальные вопросы гнойно-челюстно-лицевой хирургии. Красноярск, 1998. с 52-56.
62. Маргуна ТюЛю, Наумова Е.В. Роль молекул средней массы в острой одонтогенной инфекции // Актуальные вопросы гнойно-челюстно-лицевой хирургии. Красноярск, 2001. с 81-83.
63. Махкамов Э.У., Каршиев Х. Лечение сепсиса у хирургических стоматологических больных. // Раны и раневая гнойно-челюстно-лицевой хирургии. Всес.конф., 6- Андижан,-1995 с 31.
64. Мамытова А.Б., Лесогоров С.Ф., Мамытов А.М. Особенности лечения одонтогенных гайморитов. Здравоохр Киргизии 1999; 5: 52с

65. Мануйлов Е.Н., Щечкин В.Н., Цигурова Г.Н. Лечение и профилактика хронических одонтогенных гайморитов, осложненных перфорацией (свищем). Вестн оторинолар 1997; 3: 66-70с.
67. Одонтогенная анаэробная газовая гангрена челюстно- лицевой области. Г.П.Рузин, И.А. Грищук. и др./Стоматология-1991, №3 с 36-37.
68. Особенности клиники и лечения одонтогенных гнойных медиастинитов / В.И. Карандашов, В.М.Шейнберг, и др./ Стоматология-1996, №1 с 19-21.
69. Острые гнойные заболевания мягких тканей челюстно- лицевой области. Н.Н.Бажанов, В.С.Дмитриева, П.З.Аржанцев и др./ Труды 7-всес.съезда стоматолог, Ташкент 1998 с35-37.
70. Ольшевский В.А. Исследования регионарного кровообращения при острых воспалительных заболеваниях челюстно- лицевой области и методы коррекции его нарушений. Дисс...канд.мед.наук 1982 с 22-23.
71. Петраков А.А. Выделение бес спорных анаэробных бактерий из исследуемого материала в условиях клинической бактериологической лаборатории.// Лаб.дело№9 1997. с51-54.
72. Применение гемосорбции при лечении гнойно-септических процессов в челюстно лицевой хирургии. /М.А. Губин, В.Н. Родионов, А.Г.Прохоренко и др.// Стоматология 2003 .№6 с 76-77.
73. Пальчун В.Т., Кунельская Н.А., Кислова Н.М. Экстренная патология околоносовых пазух. Вестн 1998; 3: 4-12.
74. Применение угольных сорбирующих дренажей в гнойной хирургии. / Д.Ф.Болгов, О.С.Олифирова, А.А.Малеев.// Акт.вопр. реконст. И восстановительной хирургии. Тез.докл.Иркутск 2001. с 246.
75. Плужников М.С. Консервативные и хирургические методы в ринологии – С.– Пб., 2005.
76. Профилактика гнойно- воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно- лицевой области и шеи. / А.А.Тимофеев, А.Н.Лихота, Г.Н. Марченко, Р.Б.Шиманская // стоматология.1997 с 77-80.

77. Роль первичного очага в развитии сепсиса. / Е.В.Кижаяев, Ю.А. Ильин, Э.А.Якубов.// Воен.мед.журнал-1994 №5 с 26-28.
78. Робустова Т.Г., Костишин И.Д. Кисточный иммунитет при одонтогенных воспалительных процессах и его коррекция биологически активными препаратами // Стоматология 1997 №3 с 62-63.
79. Рабухина Н.А., ГригорьянцЛ.А., Бадалян В.А., Григорян А.С. Периапикальные деструктивные процессы челюстных костей и динамика восстановления костной ткани после современных видов оперативного лечения.// Вестник рентгенологии и радиологии. 2000. - №1. - С.17-20.
80. Соменченко Г.И., Дяченко Ю.В. Антибиотика устойчивость микрофлоры из очагов поражения при острых одонтогенных остеомиелитах челюстей // Стоматология. 1992 №1 с 45-46.
81. Соловьёв М.М. Современное состояние проблемы острой одонтогенной инфекции и повреждений челюстно- лицевой области. Стоматология. 1996 №2 с 8-14.
82. Соловьёв М.М. ,Худояров И. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей и прилежащих тканей. Ташкент 1999.с 164.
83. Соловьёв М.М.. Абсцессы, флегмоны головы и шие. Санкт-Петербург, 1997- 255с.
84. Солнцев А.М., Тимофеев А.А. Одонтогенные воспалительные заболевания. Киев 1989. с 123-125.
85. Сидоренко С.В., Яковлев С.В. Бета–лактамы антибиотики. Русский медицинский журнал, 1997; 5 (21): 1367–81с.
86. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно–лицевой хирургии и хирургической стоматологии – К., 2004.
87. Уваров В.М. Одонтогенные флегмоны. М 1993.с 25-24.
88. Урбах В.Ю. Биометрические методы // М. Наука 1994.с 415.
89. Уразалин Ж.Б., Сабденалиев А.М., Пюрова Л.П. // Проблемы стоматологии. – 2000. – №3. -С. 139-140.

90. Ханова М.Т., Каршиев Х. лечение больных с воспалительными процессами челюстно- лицевой области с использованием глинистых адсорбентов // Науч.конф.стоматологов .Ташкент, 1989 с 133-134.
91. Хрусталева Е.В. Иммунологическая характеристика клинических форм хронического остеомиелита. Патогенетический подход к лечению: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М 2003. с 20-22.
92. Худояров И. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей и прилежащих тканей. Ташкент 2002.с 164.
93. Худояров И. , Махмудов Ю.И. Анаэробная инфекция челюстно-лицевой области.Ташкент 1994, 18с.
94. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. М 1995.
95. Шербатюк Д.И.- Профилактика и лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.1997. с 66-69.
96. Ярилин А.А. Основы иммунологии: Учебная литература для студентов медицинских вузов.- М., 1996.
97. Merrell W.H., Cripps A.W., Clancy R.// Aust.dent. 1980.-Vol.25,-N 2.-P.84
98. Adernold L., Knotthe H., Frenkel G. The bacteriology of dentogenous pyogenic infection . Oral Surg.-1981. №3. p 583-587.
99. Antibody reactive with Peptostreptococcus miers in the sere of patients with periodontal disease. M.B. Grahim, W.A.falkler,2002. P 395-397.
100. Angina de Ludwig avec mediastiniti suppuree / R.Ricat, D.Claude, M. Maurizi// Ann.med/Nancy-1999-.P 675-680.
101. Ferotolerance of common anaerobic- fast of fancy,/W.Hardin, A.Aran,// South.med .J-2002 P1056-1057/
102. Bahn S.L., Ciola B., Segal A.C., Penicillin resist ant Bacteroides mellaninogenicus infection of the mandible// J.Oral Surg. 1997- p221-224.
103. Barsamian J.C..., Scheffer R.B. Spontanecus pneumothorax^ An usual occurrence in a patient with Ludwig's Angina // J. Oral maxillofac, Surg.-2007 V45, P161-168.

104. Melen J. , Lindahl L. , Andreasson L. Short and longterm results in chronic maxillary sinusitis // Acta otolaryngol.- 1996.- vol.109 , № 3 – 4. – p.282-290 .
105. Ellis E. Biology of bone grafting // Selected readings in oral and maxillofacial surgery. — 2007. — Vol. 2. — P. 1—28.
106. Wald E.R. Management of acute bacterial maxillary in children //Infections diseases and antimicrobial therapy of the ears, /Ed. by J.T.Johnson,V.L.Yu.- 1 st.-2007.- P.333 -340.
107. Pankey G.A., Gross C.W., Mendelsohn M.G. Contemporary Diagnosis and Management of maxillars.-Pennsylvania,2005.- P.150.
108. Kappis A. Zur Deckung von Schadeldefekten // Zentralbl Chir.- 2009.-Bd. 42, N 6.- S.897–903.
109. Klinikal ,/Micribiological and immunobiological studies of a V”Family With a high Prevalence of Early-Onset Periodontitis/G/E/Vandestein ,B.L.Williams,J/L/Ebersola et al.//J/Periodontol.-2004/-Vol.55, №3.-P.159-169.
110. Development of an enzyme-linked immunosorbent assay for determination of lysozyme in human parotid and submandibular-sablingual salivas/Me.Kay Bruce J.,Goodman H.,Cox D.et al//J.Clin.Mikrobiol.-2003.-Vol.19,№6.-P.844-848.
111. Desnuelle P.Trypsin/-In:The Enzymes /By Ed .Bayer P.,Myrbach K.New-York ,2009.-Vol.5,P.119-146.
112. Konig F. Der knocherne Ersatz grosser Schadeiresektion // Zentralbl Chir.- 2000.- Bd.17, N 3.- S.467–476.
113. Kent J., Misiek D. Biomaterials for cranial, facial, mandibular and TMJ — In: R. Fonseca, R. Walker (eds.). — Oral and maxillofacial trauma. Philadelphia: W.B. Saunders, 2001. — P. 781-1026
114. Yugel E. Cell proliferation in bone marrow following surgical extraction of teeth: A pilot study // J.Nihon 2009.—Vol.32, N 1.—P.1–3.